



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

**UMA VIA PERIFÉRICA PARA OS HORMÔNIOS SEXUAIS:
EMPRESARIAMENTO, BIOLOGIAS, CLASSE E CORPOS
FEMININOS**

Ana Cristina de Lima Pimentel

**Rio de Janeiro
Junho de 2018**



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

**UMA VIA PERIFÉRICA PARA OS HORMÔNIOS SEXUAIS:
EMPRESARIAMENTO, BIOLOGIAS, CLASSE E CORPOS
FEMININOS**

Ana Cristina de Lima Pimentel

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

Orientador: Cláudia Bonan Jannotti
Co-orientadora: Paula Gaudenzi
Co-orientador: Luiz Antônio Teixeira

**Rio de Janeiro
Junho de 2018**

CIP - Catalogação na Publicação

Pimentel, Ana Cristina de Lima.

Uma via periférica para os hormônios sexuais: empresariamento, biológicas, classe e corpos femininos / Ana Cristina de Lima Pimentel. - Rio de Janeiro, 2018.

355 f.

Tese (Doutorado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2018.

Orientador: Cláudia Bonan.

Co-orientador: Paula Gaudenzi.

Co-orientador: Luiz Antônio Teixeira.

Bibliografia: f. 345-355

1. hormônios sexuais. 2. sexualidade. 3. políticas de saúde. 4. medicalização. 5. aprimoramento biomédico. I. Título.

DEDICATÓRIA

**A todas as mulheres que fabricam outras feminilidades (im)possíveis através do
feminismo**

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais que, unidos, ofereceram-me *um teto todo meu* onde permaneci incansáveis horas desde a minha mais remota infância. A minha mãe, especialmente, agradeço o legado da coragem, da alegria e da luta cotidiana. Ao meu pai, agradeço à indução do olhar que agita e o prazer pelos devaneios solitários.

Ao meu irmão, meu melhor amigo, agradeço pelo esteio, pela proteção, pelos abraços, pelas risadas e pelos choros. A minha cunhada, Taís, por sua leveza e afeto. Ao Gabriel, pela magia de redescobrir a vida.

A Rosângela e Sávio, agradeço pelo interesse no trabalho, pelo cuidado e por me abrir outras possibilidades de viver em família. Ao Serginho e a Michelle pelo convívio, pela presença e por me permitir a beleza de ser madrinha de suas duas filhas. Agradeço a Luísa, uma menininha ainda tão pequena, mas encantadora, forte e determinada. A Joana, por tudo que nos espera.

Ao Juninho, que me confirma a relevância de assumir posições de maneira generosa e afetuosa.

Dani, Grasi e Tatalzinho, o que seria da vida sem vocês?

Agradeço aos meus avós pelas memórias e por me encorajarem sempre com doçura.

A Fabíola, minha amiga e irmã, agradeço por me incutir confiança e por me ensinar a beleza de uma genuína amizade e, principalmente, por estarmos sempre juntas.

Ao Estevão, pela ligação que construímos através de um itinerário imaginativo, político e afetivo comum.

Ao Gili, por toda essa vida de sonhos e vinhos comuns.

A Júlia, por descobrirmos, juntas, a beleza de uma nova amizade.

Ao Rafael Agostini, pelas encorpadas conversas, por compartilharmos diversos planos existenciais.

Agradeço a Tânia pelo apoio, pela amizade, pelas conversas, pela cumplicidade e pela doçura de uma relação que foi fundamental para o desenvolvimento deste trabalho.

As colegas de IFF, Pâmela, Liana, Marina e também às eternas companheiras de mestrado, Helena e Bruna. Agradeço a Andreza pelos comentários e sugestões em diversos momentos do trabalho.

Aos diversos camaradas democrático-socialistas que encontrei ao longo destes anos de grande dedicação, em especial, aquelas e aqueles que também se tornaram amigos: Leonardo Azevedo, Murilo, Ana Luiza, Rodrigo Oliveira, Irene, Clarissa, Miguel,

Mirelly, Laiz, Carol, Manu, Rick, Tiago, Clarisse, Ana Clara, Tica, Cami, Priscila, Bruno.

A Margarida Salomão, agradeço pela coragem de assumir o desafio de ser a representante de nossas mais belas fantasias revolucionárias.

A Universidade Federal de São João Del Rei onde tenho a oportunidade de iniciar uma trajetória docente aprazível e potente. As minhas alunas e alunos, que têm me possibilitado novas perspectivas de olhares, afetos e políticas.

À secretaria do IFF e a todos os professores que contribuíram com esta jornada.

À professora Elaine Brandão, agradeço as diversas contribuições, diálogos em diferentes momentos, que muito contribuíram com este trabalho.

A Ilana Lowy, agradeço a constante disponibilidade para diálogos, sugestões, críticas e pela abertura de horizontes.

Agradeço a Cláudia Bonan, minha orientadora, pela presença, pelo interesse, pela minuciosa dedicação à orientação, pelas sugestões de leituras, pelas análises e por sempre impulsionar o aperfeiçoamento do trabalho.

A Paula Gaudenzi, pelas estimulantes análises, pela confiança e pelo apoio em seu sentido mais vasto.

A Rafaela Zorzanelli e Ivia Maksud, agradeço pelas vigorosas contribuições desde a banca de qualificação, que permitiram ao trabalho ganhar outras direções e sentidos.

Ao Rafa, pelo apoio, pelo estímulo, por se interessar e se afetar em cada parte, por se dedicar em renovar o entusiasmo pelo que temos em comum, por inventarmos todos os dias nos últimos dez anos uma vida repleta de paixões alegres, por tudo aquilo que não precisa ser dito, mas traz a substância de nossos dias.

RESUMO

Esta tese apresenta a vida social de implantes hormonais subdérmicos produzidos e comercializados unicamente no Brasil desde a década de 1990 por uma empresa de manipulação de medicamentos denominada Elmeco. Esses objetos farmacológicos são compostos por dois elementos fundamentais: um tubo de silicone e uma substância química derivada dos chamados hormônios sexuais. Desde essa composição tecnológica podem ser manejados em distintas combinações através da realização de procedimento de inserção sob a pele. A ascendência destes objetos biomédicos está relacionada às políticas demográficas internacionais nas décadas de 1960 e 1970, quando um consórcio político-científico, coordenado pelo Population Council, buscava sistemas de administração de contraceptivos hormonais eficazes para controlar a fertilidade de mulheres de países periféricos na geopolítica global. Desde os primórdios da preparação deste sistema de administração de hormônios, pesquisadores brasileiros estiveram envolvidos nas pesquisas clínicas, com destacada contribuição do médico e pesquisador Elsimar Coutinho na cidade de Salvador, Bahia. Mesmo diante de vigorosas reações de pesquisadores brasileiros, durante a década de 1980, os ensaios clínicos com a primeira marca registrada de implante hormonal subdérmico no mundo, o Norplant®, foram proibidas no país e a vida desta forma farmacêutica foi provisoriamente encerrada localmente. Este episódio, entretanto, não significou o fim da vida dos implantes subdérmicos no Brasil. Desde a década de 1990, com o engajamento de Elsimar Coutinho, foi edificada uma empresa-laboratório de manipulação de medicamentos com o nome Elmeco. Assumindo a chave metodológica proposta por Geest e Whyte (1996) esta tese delinea três fases na vida social dos implantes hormonais subdérmicos produzidos pela Elmeco: a) **fase de fabricação, produção e comercialização:** destaca-se o processamento da cadeia produtiva operada na Elmeco, b) a **fase intermediária:** apresenta-se o processo de distribuição dos produtos aos seus consumidores que, no caso dos implantes, processa-se centralmente na *clínica*, que é, ao mesmo tempo, o espaço físico e um tipo de prática sobre o corpo hormonal; c) a **fase final:** analisa-se as eficácias farmacológicas destes pequenos fármacos, tomando os diferentes atores envolvidos em seu transcurso existencial: as mulheres, as farmacêuticas e os médicos. Cada estágio do ciclo de vida dos implantes possui atores, espacialidades, temporalidades e um regime de valores e normas, que são apresentadas na tese. Ainda que se procure delinear as singularidades de cada fase, um interesse comum permaneceu ao longo de toda a tese: as modificações nas relações entre corpo e objeto que se estabelecem a partir das práticas através das quais os implantes nucleiam associações e relações farmacopolíticas e, ao fazê-lo, customiza corpos sexualizados e formas de vida com distinções de classe nos cenários da biomedicina contemporânea que se enseja dentro da racionalidade neoliberal do século XXI. A eficácia farmacêutica é o último e decisivo estágio de vida, pois ela enseja o próprio sentido da existência de objetos farmacológicos. Nos contextos estudados, as relações corpo-objeto se orientam em direção à finalidade de existência deste objeto farmacológico, que são as modificações corporais possibilitadas pelos imaginários farmacêuticos dos hormônios sexuais androgênicos. Híbridos, corpo-objeto, fazem-se um tipo de ciborgue farmacológico empresa cujos atributos valorizados são as atitudes enérgicas, produtivas, vibrantes, sexualizadas, fortes e belas que são possíveis através de um exclusivo ordenamento de praticidade, eficácia, funcionamento contínuo e excitação e estímulos contínuos.

Palavras-chave: hormônios sexuais, sexualidade, políticas de saúde, medicalização, aprimoramento biomédico

ABSTRACT

This thesis presents the social life of subdermal hormonal implants produced and marketed only in Brazil since the 1990s by a drug-handling company called Elmeco. They are composed of two fundamental elements: a silicone tube and a chemical substance derived from the so-called sex hormones. The ascendancy of these biomedical objects is related to international demographic policies in the 1960s and 1970s when a political-scientific consortium, coordinated by the Population Council, sought effective hormonal contraceptive delivery systems to control the fertility of women from peripheral countries in global geopolitics. Since the beginning of the preparation of this system of hormone administration, Brazilian researchers have been involved in clinical research, with a distinguished contribution by the physician and researcher Elsimar Coutinho in the city of Salvador, Bahia. Even in the face of vigorous reactions from Brazilian researchers during the 1980s, clinical trials with the world's first brand of subdermal hormone implant Norplant® were banned in the country and life in this pharmaceutical form was provisionally closed locally. This episode, however, did not mean the end of life of the subdermal implants in Brazil. Since the 1990s, Elsimar Coutinho has been involved in the development of a drug-handling laboratory with the name Elmeco. Assuming the methodological key proposed by Geest and Whyte (1996), this thesis delineates three phases in the social life of the subdermal hormonal implants produced by Elmeco: a) manufacturing phase, production and commercialization: we highlight the processing of the production chain operated at Elmeco, b) the intermediate phase: the process of distribution of the products to its consumers is presented, which in the case of implants, is processed centrally in the clinic, which is both physical space and a type of practice on the body hormonal; c) the final phase: the pharmacological efficacies of these small drugs are analyzed, taking the different actors involved in their existential course: women, pharmacists and doctors. Each stage of the implant life cycle has actors, spatiality, temporalities, and a regime of values and norms, which are presented in the thesis. Although one tries to delineate the singularities of each phase, a common interest remained throughout the thesis: the modifications in the relations between body and object that are established from the practices through which the implants nucleate associations and pharmacopolitical relations and, at the same time, to do so, customizes sexualized bodies and life forms with class distinctions in the scenarios of contemporary biomedicine that comes within the neoliberal rationality of the 21st century. Pharmaceutical efficacy is the ultimate and decisive stage of life, since it gives rise to the very meaning of pharmacological objects. In the contexts studied, body-object relations are oriented toward the purpose of existence of this pharmacological object, which are the bodily modifications made possible by the pharmaceutical imaginaries of the androgenic sex hormones. Hybridized, body-object, they become a type of cyborg pharmacoquimico company whose valued attributes are energetic, productive, vibrant, sexualized, strong and beautiful attitudes that are possible through a unique ordering of practicality, effectiveness, continuous functioning and excitement and continuous stimuli.

Keywords: Gonadal Hormones, Medicalization, Sexuality, Health Policy, Biomedical Enhancement

INTRODUÇÃO	8
1 O CORPO-OBJETO OU O CORPO DO OBJETO: DE QUAL CORPO ESTAMOS FALANDO?	32
1.1 Do corpo-sistema ao corpo-circuito-aberto.....	33
1.2 O império do corpo hormonal	39
1.3 Da clínica para o laboratório e de novo para a clínica: o corpo hormonal sendo fabricado através de atores, técnicas e materiais de pesquisa	45
1.4 O corpo sexualizado dos hormônios: da dualidade à diferença	48
1.5 As origens dos hormônios no cenário médico brasileiro: o corpo hormonal brasileiro	54
1.6 O corpo em excesso: o ovário como o vilão das desordens e dos desejos	55
1.7 A revanche do ovário: a insuficiência ovariana translocando a economia do corpo feminino em direção às suas secreções.....	57
2 O OBJETO EM BUSCA DE UM CORPO	59
2.1 Hormônios sexuais como produtos farmacológicos	60
2.2 Hormônio sexual como objeto farmacológico para a contracepção.....	66
2.3 O objeto se confunde com os limites do corpo: o nascimento dos implantes hormonais subdérmicos	68
2.4 Das intenções das origens: a biopolítica do controle da fertilidade de alguns corpos.....	69
2.4.1 Longa duração, alta eficácia e independência da motivação da usuária: o objeto do qual falamos	69
2.4.2 O objeto e suas primeiras experimentações.....	72
2.4.3 A definição de uma marca: os implantes adquirem o seu registro comercial.....	75
2.4.4 A curta vida do Norplant ® no Brasil	77
2.5 Os hormônios farmacológicos na atualidade: objetos múltiplos em fluxos contínuos.....	82
2.6 A produção magistral de medicamentos ou a manipulação de medicamentos	85
2.7 Mercado farmacêutico de manipulação	89
3 APRIMORAMENTO CORPO-OBJETO	93
3.1 A medicina da vigilância e a saudecização: é possível sempre ser mais saudável?.....	101
3.2 O imperativo do diagnóstico	105
3.3 Medicalização, biomedicalização e pharmaceuticalização	107
3.4 Biomedicalização	114
4 UMA VIA PERIFÉRICA DOS HORMÔNIOS SEXUAIS — O NASCIMENTO DO CHIP DA BELEZA	117
4.1 Do cientista-político engajado com o controle populacional ao médico-empREENDEDOR das celebridades: a trajetória mais recente de Elsimar Coutinho	121
4.2 A medroxiprogesterona foi o começo de tudo	125
4.3 A experiência clínica com implantes contraceptivos	130
4.4 A trajetória científico-política em nome do controle populacional	137

5 DÊ-ME UM LABORATÓRIO E EU EDIFICAREI UM MUNDO: DA DINÂMICA DE PRODUÇÃO DOS PRODUTOS INTELECTUAIS NO CEPARH PARA A COMERCIALIZAÇÃO DE PRODUTOS NA ELMECO.....	149
5.1 Um sistema de produção cruzado - o trabalho de campo no CEPARH e na Elmeco	156
5.2 A Elmeco e seus recursos de transformação: artefatos, instalações, profissionais e dinâmica de produção.....	160
5.3 A cadeia produtiva da Elmeco	166
6 A REDE ASSISTENCIAL DOS IMPLANTES.....	175
6.1 Os territórios das clínicas e as suas especialidades	181
.....	189
6.2 As especialidades das clínicas de implantes – os pontos de assistência.....	189
6.2.1 O primeiro ponto – um espaço multifuncional	190
6.2.2 O segundo ponto – as salas de consulta médica	197
6.2.3 O terceiro ponto – a sala de procedimentos.....	207
6.3 As queixas, as demandas e os imaginários farmacêuticos dos implantes.....	212
6.4 A consulta: uma etapa no empreendimento de um plano de negócios	219
7 O CURSO PRÁTICO DE PRESCRIÇÃO E INSERÇÃO DE IMPLANTES HORMONAIS: CAMINHOS PARA A ESTABILIZAÇÃO DOS IMPLANTES HORMONAIS SUBDÉRMICOS.....	228
7.1 Entre experiência e comunicação passiva: um curso prático em busca da estabilização de um produto farmacêutico	230
7.2 A fabricação de uma técnica e de uma biologia: as particularidades dos implantes hormonais subdérmicos	235
7.3 Os regimes prescritivos: em busca de quê?	248
7.3.1 “Os benefícios da contracepção hormonal que não são os contraceptivos”: “interromper a ovulação resolve a vida dela”	253
7.3.2 O modelo de tamanho único para o climatério translocando a falência ovariana em aprimoramento corporal	260
7.4 As substâncias e seus efeitos: hierarquias, permutabilidades e associações..	264
8 A POPULAÇÃO DOS IMPLANTES	280
8.1 Idade e ciclos de vida.....	288
8.2 As demandas e a peregrinação do corpo potência.....	291
8.3 O modo de administração: praticidade e segurança	304
8.4 “Vai alterar tudo que acontecer com você”	308
8.5 Auto-gerenciamento e ética somática dos implantes.....	315
8.6 Biossociabilidade dos implantes	319
CONSIDERAÇÕES FINAIS	324
REFERÊNCIAS	343

INTRODUÇÃO

Esta é uma tese sobre a vida social de objetos farmacológicos hormonais que são produzidos e comercializados unicamente no Brasil desde a década de 1990 por uma empresa de manipulação de medicamentos denominada Elmeco. Os implantes hormonais subdérmicos têm recebido as alcunhas “chip da beleza”, “chip da força”, “chip da moda” e “chip da libido” em algumas revistas e jornais direcionados às mulheres nos últimos anos. Os codinomes recebidos, mais do que anedótica qualificação, tornaram-se um tipo de consigna, que orienta o imaginário dos efeitos biológicos e estéticos destes objetos biomédicos.

Os implantes hormonais subdérmicos são artefatos farmacológicos compostos por dois elementos fundamentais: um tubo de silicone e uma substância química derivada dos populares hormônios sexuais. O percurso biológico deste composto farmacológico no interior do organismo não segue o caminho habitual delineado pelos medicamentos orais através do sistema digestório, de outro modo, a forma farmacêutica dos implantes, conhecida como via periférica de administração, exige, primeiramente, a sua inserção na pele através da realização de um procedimento microcirúrgico. A partir deste espaço histológico, situado nos limites orgânicos, os subdérmicos estão projetados para que a respectiva substância hormonal seja liberada de forma lenta, contínua e diretamente na corrente sanguínea.

A trajetória existencial destes objetos biomédicos está visceralmente relacionada às políticas de controle demográfico adotadas pelos Estados Unidos entre as décadas de 1960 e 1970, quando adquiriu legitimidade a noção de que a existência planetária estaria

sob riscos imediatos se mantidas as taxas de natalidade. Assim, a questão populacional se tornou um tema central na política externa norte-americana que iniciou, juntamente com a Organização das Nações Unidas (ONU), a adoção de políticas de controle populacional direcionadas aos “países subdesenvolvidos” (Pedro, 2002, pp.245). Com a aprovação e comercialização das pílulas contraceptivas, os esforços científico-políticos se direcionaram no sentido de desenvolver outros sistemas de administração de contraceptivos mais eficazes, que prescindissem da motivação contínua da usuária para a sua tomada diária. Através de um consórcio científico-político, coordenado pelo Population Council, o nascimento dos implantes hormonais subdérmicos trouxe consigo uma intencionalidade biopolítica: controlar a fertilidade de mulheres pobres de países periféricos ou mulheres periféricas de países centrais.

A especificidade brasileira no desenvolvimento destes objetos biomédicos se iniciou desde suas origens. Durante a década de 1960, a Universidade Federal da Bahia se tornou um espaço relevante de pesquisas na área de saúde reprodutiva e se tornou um local relevante no incipiente circuito global de pesquisas com hormônios na área da reprodução e sexualidade. O Brasil se tornou um campo profícuo e imprescindível para o desenvolvimento de novas tecnologias hormonais contraceptivas a partir da agregação de alguns aspectos decisivos: em primeiro lugar, tratava-se de um país periférico para onde as atenções geobiopolíticas das entidades internacionais voltadas para o controle populacional se direcionavam; contava com profissionais treinados em pesquisas clínicas, que se articulavam com as redes de pesquisas globais em andamento; apresentava incipiente e débil regulamentação de pesquisas, o que permitiu a realização de práticas de pesquisas autônomas e controversas; por fim, e talvez a mais relevante

delas, o país se tornou uma zona de disponibilidade de úteros animais e humanos para as pesquisas.

Assim, o país participou desde os primórdios das pesquisas clínicas com hormônios administrados via subdérmica na cidade de Salvador, coordenadas em âmbito local pelo médico e pesquisador Elsimar Coutinho e dirigidas em nível global pelos pesquisadores do Population Council. A década de 1970 presenciou o desenvolvimento de diversos ensaios multicêntricos com hormônios subdérmicos pelo mundo, sendo destacada a participação de Coutinho. Ao longo da década de 1980, os pesquisadores envolvidos com o desenvolvimento dos implantes afirmavam que seu protótipo estava concluído, assim, foi registrada a primeira marca de implante hormonal no mundo com o nome de Norplant® e se iniciou outra fase de ensaios clínicos multicêntricos, sempre com a participação brasileira. Neste momento, as pesquisas no Brasil foram proibidas pelo órgão do Ministério da Saúde, responsável por medicamentos na ocasião, assim, o Norplant® não chegou a ser comercializado por aqui.

Este episódio, entretanto, não significou o fim da vida dos implantes subdérmicos no Brasil. Desde a década de 1990, com o engajamento de Elsimar Coutinho na criação de uma empresa de manipulação de medicamentos com o nome Elmeco — cujo nome reúne as iniciais de seu nome, como gosta de comentar —, os implantes circulam no país através de uma via normativa alternativa: a produção magistral de medicamentos.

Estes objetos técnicos são, na prática, o mesmo tubo de silicone, trazem consigo as mesmas características técnicas deste *novo modo de administração*, a inserção subdérmica com liberação lenta e contínua das substâncias hormonais, contidas em seu

interior, por um período de tempo. Desde estas especificidades técnicas, os conglomerados farmaco-políticos que esta tese se dedica a investigar passaram por diversos deslocamentos de normativas, espacialidades, atores e corpos. A edificação da Elmeco amplificou a circulação dos implantes no país, até então circunscritas às finalidades contraceptivas nos ambientes acadêmicos universitários de Salvador, e eles se expandiram no território nacional em busca de outros efeitos farmacológicos nos corpos humanos.

Desde então, a vida social dos implantes subdérmicos apresenta outros circuitos existenciais. Sua fabricação segue assentada na cidade de Salvador, no prédio anexo do Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH), de onde se direciona para clínicas privadas de grandes centros urbanos no Brasil onde são prescritos por médicos, que têm se tornado “especialistas em implantes”, para mulheres de camadas médias e altas. Um outro deslocamento foi relevante, desde o surgimento direcionado à contracepção, estes objetos farmacológicos buscaram outros efeitos e imaginários farmacêuticos. Em outras palavras, ao expandir sua geografia, os implantes também alargaram os seus usos e os direcionaram notadamente aos efeitos androgênicos, que podem ser compreendidos dentro de usos direcionados ao “aprimoramento corporal”. Em específico, os efeitos esperados podem resumidos nas noções de excitação, disposição, libido, energia, força e beleza.

Ainda que exista a comercialização de um outro tipo de implante hormonal no Brasil, produzido de maneira industrial, conhecido com o nome comercial Implanon®, o interesse desta tese se concentra no tipo particular de circulação dos implantes subdérmicos produzido pela Elmeco, uma produção tecnológica que se metamorfoseou e adquiriu uma *forma exclusiva* local e periférica. Para compreender as linearidades e

descontinuidades da existência contemporânea desde objeto tão particular, pareceu relevante delinear as articulações e associações de objetos, corpos e políticas que possibilitaram a sua emergência e seus subsequentes deslocamentos.

Ao percorrer a vida social dos implantes, explicito que objetos técnicos não são meros produtos passivos e inertes, que apenas circulam entre os sujeitos e suas relações (Appadurai, 2008; Latour, 2012). Estes seres inanimados, portadores de uma química latente, possuem a existência social atuante e pujante, agenciando a constituição de redes híbridas sociotécnicas. Ao mesmo tempo, estes objetos técnicos são ativamente manejados por atores humanos que buscam absorver suas eficácias farmacológicas.

Assumindo a chave metodológica proposta por Geest e Whyte (1996), procurei identificar a “ordem biográfica” da existência social dos implantes hormonais produzidos na Elmeco. Desde esta perspectiva analítica, também me apoiei na noção de “ciclo de vida” de medicamentos e procurei delinear as diferentes fases dos implantes hormonais subdérmicos. É bem verdade que os ciclos de vida destes objetos não correspondem diretamente às etapas propostas pelos autores para a análise da vida social de medicamentos orais. Sua abordagem teórica contribuiu no sentido de delimitar *fases* distintas com contextos, atores, normativas e lógicas específicas (Geest, Whyte, 1996). Neste sentido, diferencio três fases na vida social dos implantes hormonais subdérmicos: a primeira delas se trata de sua vida pré-produtiva em que as **pesquisas e ensaios clínicos** são uma parte relevante de sua **fabricação** como objeto técnico. Este primeiro momento inclui, também, a **fase de produção e comercialização** onde se processa a cadeia produtiva operada pela/com a Elmeco. Em seguida, a **fase intermediária** corresponde ao processo de distribuição dos produtos aos seus consumidores que, no caso dos implantes, processa-se centralmente na *clínica* onde há o

encontro entre profissionais, consumidores e os implantes. A clínica é, ao mesmo tempo, o espaço físico e um tipo de prática sobre o corpo onde se procedem a prescrição, a venda direta e o manejo do objeto farmacológico no corpo. Por fim, em sua **fase final**, procurei observar o que se espera em termos de eficácia farmacológica destes pequenos fármacos, tomando os diferentes atores envolvidos em seu transcurso existencial: as mulheres, as farmacêuticas e os médicos. A eficácia farmacêutica é o último e decisivo estágio de vida, pois ela se enseja o próprio sentido da existência de objetos farmacológicos.

Cada estágio do ciclo de vida dos implantes possui atores, espacialidades, temporalidades e um regime de valores e normas, que pretendo apresentar nas próximas páginas desta tese. Ainda que eu procure delinear as singularidades de cada fase, um interesse comum permaneceu ao longo de toda a tese: a observação das práticas através das quais os implantes se tornaram um objeto que nucleia as relações empreendidas no seu entorno e, ao fazê-lo, customiza corpos e formas de vida nos cenários da biomedicina contemporânea no Brasil. Neste sentido, a tese se propõe a refletir a respeito das políticas da biomedicina contemporânea, procurando compreender de quais maneiras os seus jogos de saber e poder estão engajados em constituir formas de governar as vidas contemporâneas.

Ao longo da tese, procuro investigar o processo através do qual atores, objetos e normativas deslocam as intenções originárias dos implantes hormonais biomédicos e os impulsionam em direção às novas práticas e saberes hormonais no país que, por sua vez, contribuem para a customização de um corpo-hormonal-generificado-empresa.

A investigação da vida social dos implantes hormonais subdérmicos parece um objeto bom para pensar as modificações co-extensivas político, econômico e culturais

que ocorrem na prática da biomedicina contemporânea no país. Deste modo, procuro delinear a existência social destes fármacos, observando suas especificidades locais, tomando como base uma esteira analítica teórica que configura o processo de transformações no plano global da biomedicina, que envolve tecnologias e normativas e têm sido designadas como *farmacologização* e *biomedicalização*. Este processo envolve mudanças tecnocientíficas na organização e na prática da biomedicina contemporânea em que os conhecimentos biomédicos, os serviços e as tecnologias estão cada vez mais imbricados com o foco na otimização e no aperfeiçoamento individual por meios tecnocientíficos (Clarke *et al*, 20013; Zorzaneli, Ortega, Bezerra Junior, 2014).

A finalidade de existência de um objeto farmacológico é sua potencialidade de modificação do corpo. Nos contextos atuais, esta existência está intrincada às possibilidades de melhoramento corporal biomédico. As relações entre corpo e objeto nucleiam as diferentes interrogações que se desenrolam ao longo da tese. No primeiro capítulo, apresento breve contextualização do corpo biológico na contemporaneidade, destacando o surgimento do “reinado do corpo hormonal” (Rohden, 2007) e as especificidades brasileiras na delimitação de uma economia corporal feminina. Longe de pensar em uma teoria geral sobre o orgânico na contemporaneidade, procuro abordar a emergência do corpo que se produz na relação corpo-objeto agenciada pelos implantes hormonais subdérmicos. Apresento a relevância da definição dos hormônios sexuais como substâncias da materialidade corporal, conformando o reinado do corpo hormonal sexualizado e sigo com a apresentação destas substâncias como objetos farmacológicos manufaturados, aglutinados em uma dominante finalidade contraceptiva. Através da Elmeco, as substâncias se tornam mais ambiciosas e buscam outros efeitos e

intervenções nos corpos. Ao fazê-lo, irromperam fronteiras corporais orgânicas previamente imaculadas e os corpos orgânicos, previamente fechados em seus sistemas, fizeram-se circuitos abertos heterogêneos compostos por diferentes tipos de elementos e objetos.

No segundo capítulo, explico a constituição dos hormônios sexuais como produtos farmacológicos. Neste capítulo procuro evidenciar as continuidades e as especificidades dos diferentes tipos de objetos farmacológicos hormonais e, neste sentido, destaco as particularidades dos implantes hormonais subdérmicos. Um aspecto relevante desta parte é a ênfase na constituição dos implantes como um fármaco hormonal que busca um corpo a intervir. Em outras palavras, na medida que este fármaco se instituiu, ele também fabricou o corpo em que almejaria atuar. No terceiro capítulo, contextualizo os debates relevantes a respeito das relações corpo e objeto que configuram a problemática do aprimoramento e melhoramento biomédico.

No quarto capítulo, ensaio uma narrativa a respeito das relações entre Elsimar Coutinho e os implantes hormonais subdérmicos. Neste sentido, enfatizo a relevância de Coutinho na constituição de uma via periférica para os implantes hormonais subdérmicos no país, que, então, deixam os espaços circunscritos dos ambientes universitários e se projetam como os artefatos hormonais empresariais em busca de eficácias androgênicas nos corpos de mulheres de camadas médias e altas em centros urbanos.

No quinto capítulo, apresento as cadeias produtivas empreendidas pela Elmeco na produção manipulada de medicamentos. Desde o seu interior, delinco como a produção maneja materialmente objetos, práticas e atores que são fundamentais para a existência destes medicamentos. Mais do que isso, configuro como os espaços

delimitados do laboratório-empresa são fundamentais para a existência social destes objetos biomédicos.

No sexto capítulo, apresento as espacialidades assistenciais dos implantes hormonais subdérmicos, além de como os atores técnicos e humanos se deslocam em seus interiores. As clínicas privadas são apresentadas como espacialidades típicas dos espaços urbanos contemporâneos e, neste sentido, constituem-se um tipo “enclave fortificado”, demarcado por muros e competentes sistemas de vigilância, que operam suntuosas e silenciosas fragmentações e hierarquias na cidade. As clínicas privadas especializadas em implantes hormonais se tornaram um ponto de referência para a construção de uma rede assistencial, que pode ser dividida em três pontos: recepção e sala de espera; os consultórios médicos individuais e a sala de procedimentos. Do ponto de vista do ciclo de vida dos implantes, as clínicas correspondem a sua fase intermediária onde ocorre a distribuição aos consumidores. Nos seus interiores ocorre a prescrição e receita, talvez o auge do momento de vida dos implantes. Neste capítulo, também analiso as comunicações empreendidas entre as próprias mulheres, entre elas e os médicos e a enfermeira, situando as queixas, demandas e imaginários farmacêuticos empreendidos nestas interioridades e destacando a consulta médica como uma etapa fundamental para a construção de um “plano de negócios” estruturado no corpo biológico.

No capítulo seguinte, apresento a análise do “Curso Prático de Prescrição e Colocação de Implantes Hormonais”, estratégia pedagógica desenvolvida pela Elmeco com a finalidade de treinar médicos no “manejo destas tecnologias”, mas também de construir redes de prescritores que possibilitam a circulação de conceitos e práticas estabelecidos com os implantes, além de contribuir para a estabilização deste objeto

farmacológico. O curso conta com uma parte teórica e outra prática. Em diversos momentos, trata-se de um espaço protegido entre os próprios médicos prescritores que apresentam suas práticas e concepções hormonais sobre o corpo. Neste capítulo, procuro situar os regimes prescritivos delineados por estes especialistas em implantes, um tipo de “novo especialista hormonal”.

No capítulo oito, ironicamente intitulado “população de implantes”, apresento as mulheres usuárias de implantes que circulam através das espacialidades empreendidas por estes objetos biomédicos. Neste capítulo procuro retomar algumas discussões sobre o corpo hormonal que se evidencia pelas próprias mulheres, além de reflexões sobre valores e formas de vida contemporâneas.

No último semestre da graduação em medicina, ao realizar o estágio em obstetrícia, pude acompanhar a assistência médica aos partos vaginais e outros procedimentos em corpos femininos como, por exemplo, curetagens após situações de abortamento, em uma maternidade-escola. Neste espaço de formação e assistência, em que são ensinadas as técnicas científicas de se fazer nascer, eu pude presenciar variadas maneiras de intervir sobre o corpo feminino. No transcurso do processo de ensino em obstetrícia para estudantes do último ano de medicina — no meu caso, mais

precisamente, nos últimos três meses — eu aprendi protocolos e rotinas médicas cirúrgicas no mesmo espaço em que ouvia gritos e observava atitudes grosseiras e práticas lacerantes nas vaginas de mulheres. As diferentes *técnicas* obstétricas — como a episiotomia, a ocitocina, o “toque” rotineiros — eram aplicadas e ensinadas associadamente aos gritos e sussurros das mulheres.

Frases como “na hora de fazer você gostou” ou “você quer matar seu filho?” eram bradadas por profissionais de saúde no processo de parto de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em um hospital público onde estudantes de medicina aprendiam o ofício de sua futura profissão. Naquela ocasião, toda a rotina foi apresentada como a técnica precisa, seguindo os protocolos e regimentos científicos adequados à assistência ao parto seguro. O hospital não se apresentava como um espaço de dúvidas, questionamentos e reflexões, mas de reprodução da rotina e da técnica. Como Duarte (2004, pp.9) menciona em sua introdução ao livro de Bonet, “o hospital moderno é um templo da ciência (tanto quanto da doença e do sofrimento) e seus oficiais foram instruídos para ser os hierofantes de um saber objetivo universal”.

Apenas posteriormente pude conhecer os questionamentos às técnicas obstétrica, como reflexões a respeito da violência obstétrica e debates relacionados às maneiras (científicas) de gestar e nascer, tema que tangenciei ao longo do mestrado. As cenas daqueles longos três meses no internato de ginecologia não foram as únicas desconcertantes ao longo da graduação, mas certamente estiveram conectadas de uma maneira decisiva com a decisão pela trajetória de refletir sobre as relações entre técnica, corpo e política, que procuro trazer nesta tese.

Minha inserção na pós-graduação dialoga com estas questões, de alguma maneira, procura trazer à tona a reflexão e o debate sobre o entrelaçamento entre saber e poder que produz verdades e intervenções sobre os corpos femininos. Verdades que se racionalizam e criam um status de natureza feminina, que, por sua vez, regem práticas médicas, políticas públicas e atuam cotidianamente nas (auto) definições sobre o que é ser mulher, práticas de cuidado e definições de normalidade, patologia e aprimoramento sobre os corpos.

Formando-me médica, vivenciando e sendo parte deste *ethos* profissional, sempre mantive uma atitude de estranhamento e desconfiança dos *fazeres médicos* e do processo de aprendizagem das práticas médicas, notadamente, aqueles direcionados aos corpos das mulheres. A inserção pós graduanda, que se manteve mais próxima ao campo das *humanas*, abriu um outro desconforto, aquele de percorrer um caminho com outros estranhamentos que, inadvertidamente, muito se assemelhavam ao que me causava desconforto no percurso formativo da medicina. Rotinas, práticas, hierarquias de saber, jogos de verdade e poder seguiram evidentes.

Foi a partir desta ausência de um lugar, mantendo uma postura de conflitantes relações de proximidade e distanciamento que me propus a investigar as práticas biomédicas na atualidade. Mantendo um interesse nas articulações entre ciência, tecnologia, corpo e política que me emaranhei neste movimento de percorrer um caminho entre áreas distintas, abrindo algumas reflexões sobre os limites e as fronteiras do saber, das técnicas e metodologias de pesquisa. Uma pesquisa dificilmente é um processo linear, mas desenvolver uma investigação entre campos disciplinares distintos, situando-se neste espaço *entre*, acrescentou uma boa dose de emoção. Ao mesmo tempo

em que foi possível romper com as técnicas de pesquisa pré-concebidas, mantendo pouca devoção à tradição de campos disciplinares definidos, mantive uma atitude arriscada, sempre receosa da possibilidade de me tornar um “informador branco” com as “mentes destreinadas e pouco acostumadas a formular seus pensamentos com algum grau de consistência e precisão” marcadas “por preconceitos e opiniões precipitadas, habituais no homem prático comum” (Malinowski, 1978, pp. 20-21). Este receio me ocupou ao longo de muitas noites e produziu muitas paralisações ao longo deste trabalho.

Concluí que, talvez, eu estivesse me exigindo uma postura *técnica* diante da observação, uma postura de encontrar a posição da médica que analisa clinicamente o seu campo. Concluí que eu poderia estar mais próxima da *amadora* de Malinowski e, desta maneira, eu me permitiria observar as minúcias das realidades do campo de pesquisa, o fluxo rotineiro dos acontecimentos com seus traços íntimos. A percepção de que a dificuldade em nomear o processo de pesquisa poderia estar relacionada com estes pressupostos foi superada apenas após a defesa da tese. Com certeza, a aprovação da banca com suas provocações metodológicas me autorizou a nomear o que se constituiu uma pesquisa etnográfica.

As questões e problemáticas da pesquisa foram continuamente produzidas e dialogadas com o grupo de pesquisa que ingressei quando da entrada no doutorado. Desde o início, participei do grupo que investiga as relações entre indústria farmacêutica, médicos e Estado na trajetória dos contraceptivos hormonais no Brasil, coordenado por minha orientadora Cláudia Bonan e pelo professor Luiz Teixeira. Esta tese de doutorado foi sendo delineada de maneira articulada às problemáticas e questões

de interesse refletidas junto ao projeto, com participação de todo o grupo. A participação nos estudos sobre contraceptivos hormonais foi essencial para o desenvolvimento da tese de diferentes maneiras: além de contribuir para a delimitação do “objeto de estudo”, dos debates teóricos e metodológicos, estabeleceu os primeiros contatos com o material de pesquisa, além de contar com ativos e vigorosos comentários, sugestões e críticas coletivos ao longo de todo o processo de pesquisa e escrita da tese. Neste percurso, os implantes se evidenciaram um objeto bom para pensar as relações entre técnica, corpo e biomedicina, conforme pretendo apresentar ao longo da tese.

Cláudia Bonan e Luiz Teixeira, coordenadores da pesquisa, haviam entrevistado Elsimar Coutinho na Bahia com o intuito de aprofundar aspectos da história dos contraceptivos hormonais no Brasil. Quando do início da pesquisa desta tese, o contato propiciado pelos meus orientadores foi a abertura para o primeiro acesso ao “templo” dos implantes. Cláudia Bonan havia estabelecido mantido um contato com uma assessora de Elsimar, que facilitou todo o percurso deste trabalho, agendando uma nova entrevista com Elsimar.

O primeiro percurso do trabalho de campo se iniciou através de visita ao CEPARH e Elmeco, em Salvador, que foi possível através deste contato inicial. A partir deste primeiro acesso, conheci Cláudia Erdens, enfermeira e colaboradora de Elsimar Coutinho, que me facilitou e estimulou o acesso a diversos outros espaços, cenários e atores relevantes para a pesquisa: articulou minha presença nos consultórios de implantes, nos cursos de prescritores, a observação da produção de implantes na Elmeco, disponibilizou diversos boletins e materiais técnicos da Elmeco, assim como me apresentou diversas mulheres usuárias de implantes.

O ano de 2015 é significativo para esta tese, cursando o segundo ano de doutorado, direcionei-me pela primeira vez a Salvador com a intenção de conhecer a empresa que produz os populares, pelo menos para mim, *chips da beleza*. Pelas pesquisas exploratórias iniciais, realizadas no buscador *google*, parece que meu interesse de pesquisa caminhou no mesmo ritmo da expansão midiática da empresa, pois o ano de 2015 correspondeu ao momento em que se proliferam matérias jornalísticas nos sites e revistas direcionadas ao público feminino em que o codinome “chip da beleza” emergiu ou, pelo menos, quando ele adquiriu o status de designação destes objetos biomédicos. Neste mesmo ano, a Elmeco criou sua rede social *Instagram* que, ainda que possua um número relativamente baixo de seguidores, algo em torno de dois mil e trezentos — vale lembrar que estes implantes não são tecnologias afeitas a grandes multidões —, mostrou-se um local interessante de difusão e propagação de suas ideias, valores e missão. O ano de 2015 também foi a ocasião em que ocorreu pela primeira vez o Curso Prático de Prescritores na Cidade de São Paulo. O Curso se direcionou exclusivamente aos médicos interessados em prescrever, logo, comercializar, os implantes da Elmeco em seus consultórios. Antes de 2015, esses eventos pedagógicos ocorriam apenas na cidade de Salvador.

Diante disso, pode-se dizer que 2015 marca uma certa expansão e projeção geográfica, midiática e científica dos implantes hormonais subdérmicos. É importante situar que a Elmeco, desde os entornos deste mesmo ano, tem montado estandes e desenvolvido apresentações rápidas em diversos eventos científicos nacionais. Aliás, ao que foi possível perceber, ocorre uma proliferação de eventos científicos relacionados a áreas bastante difusas, mas direcionados aos temas de interesse da Elmeco, em

particular: sexualidade, reprodução, ginecologia, envelhecimento, longevidade e qualidade de vida.

Nesse sentido, a pesquisa se delineia imersa a profusos e controversos debates que ocorrem dentro e fora do universo dos implantes e da biomedicina brasileira. Do lado de dentro da atmosfera dos implantes, identifica-se interesse e empolgação. Do lado de fora, críticas, dúvidas e receios.

Durante a investigação inicial em Salvador, além de conhecer a estrutura, a dinâmica de funcionamento, também entrevistei Elsimar Coutinho, coordenador e empresário da rede que se constitui em torno dos implantes. Além disso, conversei com profissionais que trabalham diretamente com a produção dos implantes, conheci toda a estrutura operativa da Elmeco, frequentei os diferentes andares, corredores, laboratórios e consultórios da clínica onde consegui percorrer a espacialidade dos implantes em Salvador. Neste momento reuni muitos materiais, folders, livros, panfletos, imagens e áudios que se ressoaram ao longo de toda a pesquisa.

No mesmo ano, participei do primeiro Curso Prático de Prescritores em São Paulo. O Curso de Prescritores é um espaço coordenado por médicos e direcionados aos médicos interessados em trabalhar com os implantes. Através da colaboração de Cláudia Erdens e a respectiva autorização de Coutinho, participei gratuitamente desta versão do curso e em uma versão no ano seguinte, em 2016, como médica pesquisadora. No primeiro momento, procurei me manter o mais semelhante possível dos cenários e atores partícipes, todos médicos, o que me exigiu assumir a posição de uma médica que participaria deste curso. Essa posição me exigiu diversas preparações anteriores: a escolha da roupa, salto médio, maquiagem, a feitura das unhas e, obviamente, um jaleco apresentável. Durante a primeira versão do curso procurei desenvolver os mesmos tipos

de atividades dos outros cursistas, inclusive, o treinamento que simula os procedimentos cirúrgicos nas nádegas siliconadas artificiais. Neste primeiro momento, ainda que eu tenha sido apresentada como pesquisadora ao grupo, minha participação foi completamente adaptada ao grupo, de modo que meu processo de mimetismo foi bem ajustado. Assim, eu pude participar das rodas de conversas e dos circuitos mais íntimos entre os médicos. Durante o almoço do primeiro dia, escolhi me sentar com um grupo de médicas e, dentre diversos assuntos, o tema que ocupou a maior parte do tempo e interesse das médicas presentes foi a “menstruação”. Diante do tópico em debate, aparecia um posicionamento unívoco a respeito da indubitabilidade de que as mulheres não deveriam menstruar. Uma médica comentou a respeito da resistência de algumas pacientes diante da proposta de suprimir a menstruação, ao que outra respondeu que “elas são cheias de mitos, acham que pode fazer mal”. Neste momento, um coro uníssono ecoou “afff”. Como pesquisadora, neste momento, procurei não participar destas conversas, apenas ouvi-las. Ainda assim, fiquei me questionando se minhas reações não se evidenciaram para minhas interlocutoras.

Como eu cursei a graduação de medicina, conheço profissionais de diferentes matizes, especialidades, práticas de trabalho, interesses e posicionamentos políticos. Desde 2015 sou docente de curso de graduação de medicina, o que me permitiu conhecer outro perfil de médicos, também absolutamente diversificado, aqueles que fizeram a opção da docência. Ainda assim, o perfil ao qual geralmente estou predominantemente vinculada são os médicos de saúde da família, psiquiatras, psicanalistas, gestores e médicos “da saúde coletiva”.

Durante a pesquisa, pude perceber linearidades e especificidades nestes distintos cenários da biomedicina contemporânea. A escolha pelo mimetismo me abriu ao

universo dos médicos que, preciso comentar, é bastante diferente dos médicos que mantenho relações mais próximas no meu cotidiano. Existe um engajado discurso em defesa da corporação médica e de um certo círculo próprio de saberes, práticas e poderes. Este tema não é o foco desta tese, mas contribuir para adentrar uma atmosfera completamente nova para a pesquisadora que se apresentava.

A participação do curso de prescritores e das consultas médica foi condicionada ao vestimento do clássico jaleco. A estratégia do mimetismo me distanciou das mulheres, que eu pude observar apenas pela posição de frente, vestida de jaleco, durante as consultas médicas. Assim, na segunda versão do curso, em 2016, eu optei por assumir mais incisivamente a posição de pesquisadora, ainda que médica, procurei deixar este lugar mais evidente. Eu ainda tive que fazer escolhas estéticas para entrar no campo, mas elas foram mais ousadas e destacaram cores fortes e sapato confortável. Neste segundo momento, a ênfase na pesquisadora despertou a curiosidades de muitos médicos, que me fizeram muitas perguntas durante o curso, mas sempre interessados nas minhas conclusões. Nos corredores dos cursos, existia um bochicho relacionado a falta de evidência científica destes artefatos médicos. A presença de uma pesquisadora da Fiocruz construiu um tipo de esperança na possibilidade de retirar essas dúvidas dos corredores. Muitos me questionaram explicitamente a respeito de minhas conclusões. Como a pesquisa não estava concluída, eu assumi o lugar de uma pesquisadora em fase inicial, sem conclusões.

Desta posição, eu transitei pelos diversos espaços da clínica, retirei meu jaleco, sentei na sala de espera, dialoguei com as mulheres, com as recepcionistas, o que me abriu outros ângulos de observação e me abriu contatos para potenciais entrevistadas. Durante os cursos, as mulheres atendidas não pagam pela consulta e pelos implantes

inseridos, por isso, recebem o nome de “voluntárias”. Elas passam por um processo seletivo prévio à distância. Assim, pude conhecer mulheres de diversas partes do país, mas geralmente de capitais.

Nos anos de 2016 e 2017 durante seis meses, acompanhei a clínica de implantes no Rio de Janeiro, cidade em que eu residia na ocasião. Confortável com a dupla personalidade, eu participei de todos os espaços da clínica, vesti-me de jaleco e acompanhei consultas médicas, retirei o manto médico e sentei-me com as mulheres na sala de espera. Nestas salas encontrei artistas, juízas, médicas, advogadas, comerciantes, dentre diversas outras profissões. O perfil que mais me chamou a atenção, de todo modo, foram mulheres cuja ocupação é o próprio corpo, elas são dedicadas centralmente a sua vida orgânica e biológica, que é integralmente estetizada. Uma das mulheres que encontrei compartilhou uma história interessante comigo. Ela foi concursada pública de uma instância do judiciário carioca com o salário de aproximadamente sete mil reais (aproximadamente sete salários mínimos na época), o que ela considerava absolutamente insuficiente para suas necessidades e expectativas. Diante disso, ela pediu exoneração e, desde então, consegue se dedicar aos seus interesses que incluem uma rotina intensiva de exercícios físicos, procedimentos de estética e alimentação, financiados pelo marido.

Uma parte do trabalho foi direcionado à entrevista de mulheres. No total, consegui realizar seis entrevistas, o que foi um número menor do que eu intencionava. Primeiro, houve dificuldade de conseguir chegar à efetivação das entrevistas, ocorreram muitos agendamentos de entrevistas, que foram reagendados e desmarcados inúmeras vezes. Outra questão foi a própria dinâmica e diversidade do material pesquisado, que se acumulou ao longo de todo o período e, ao final da pesquisa concentrou todos os

esforços para a análise e apresentação dos resultados. As mulheres entrevistadas foram abordadas no consultório do Rio de Janeiro e no curso de São Paulo. Todas são mulheres usuárias de implantes e, sendo assim, trata-se de um explícito viés de pesquisa, eu não pesquisei pessoas que optaram por retirar os implantes, ao contrário, apenas mulheres que permanecem com estes dispositivos em seus interiores e que o fizeram a partir das clínicas mais conhecidas deste universo.

Nas entrevistas realizadas, as mulheres chegavam olhando para o relógio e perguntando se seria rápido. Além disso, elas mesmas finalizavam a entrevista sempre com algum compromisso agendado. Ao final, ainda que sejam seis entrevistas, consegui encontrar um perfil de idade variado entre as mulheres, assim como as contextualizações envolvidas em seus usos também foram diversificadas. Todas as mulheres residiam na zona sul do Rio de Janeiro e três delas agendaram a entrevista para o mesmo café, ainda que elas fossem completamente desconhecidas entre si. Em duas situações, pude perceber que a principal motivação para me encontrar era saber minha opinião sobre o uso dos implantes, quando minhas respostas se apresentaram inconclusivas, a entrevista brevemente acelerada pelas mulheres, com solicitude e sem deixar qualquer pergunta sem resposta.

Além dos recursos apresentados nos parágrafos anteriores, outros diversos materiais de pesquisa foram utilizados, desde documentos, artigos científicos, matérias em mídias digitais, redes sociais da empresa, panfleto e folders da empresa, os livros de Elsimar Coutinho. Os materiais escritos analisados foram coletados no circuito da Empresa durante a observação em Salvador e durante os cursos de prescritores, ou seja, são materiais produzidos pela própria Elmeco. Os livros de Elsimar foram adquiridos durante a entrevista em que ele me disponibilizou muitos livros e artigos que se

relacionavam a sua trajetória com os implantes. O site¹ e redes sociais da empresa (*Facebook*² e *Instagram*³) são abertos e também foram minuciosamente acompanhados ao longo da pesquisa. Todos estes materiais foram lidos na íntegra e se encontram na lista de referências desta tese. A diversidade de material contribuiu para acompanhar a vida destes objetos em diferentes cenários, mas sempre percorrendo o seu trajeto existencial oficial, ou seja, aqueles que foram produzidos pela própria empresa, por funcionários ou pelo próprio Elsimar Coutinho. A versão que se apresenta é, digamos, uma versão oficial da vida social dos implantes hormonais subdérmicos.

Entre diferentes e ambíguos lugares de pesquisa, a posição de médica pesquisadora e pesquisadora médica que investiga um objeto permeado por uma espiral de dúvida e encanto, vivenciei dilemas significativos. Em muitos momentos fui questionada quanto às minhas motivações, meus posicionamentos e, de maneira mais direta, se eu utilizaria tais fármacos. Ao escolher adentrar o universo dos implantes, eu me vi cercada por estes pequenos tubos ao longo de quatro anos, sendo interrogada por outros colegas pesquisadores, outros colegas médicos, familiares, amigas e, mais recentemente, pelos meus alunos — quando me tornei professora da graduação em medicina. De um lado, é interessante perceber o entusiasmo por um objeto de pesquisa tão específico por interlocutores tão diversificados. A empolgação de meus interlocutores, que me parecia genuína, esbarrou-se, em muitos momentos, em minhas dúvidas e questionamentos quanto à relevância deste estudo. Durante a primeira parte do doutorado, sob o governo petista, minhas colegas mais próximas da saúde coletiva estudavam temas intrínsecos aos desafios da consolidação do Sistema Único de Saúde

1 Para ter acesso: <www.elmeco.com.br>.

2 Elmeco Implantes Hormonais.

3 [elmeco_implanteshormonais](https://www.instagram.com/elmeco_implanteshormonais).

(SUS), que se materializavam através de estudos sobre as práticas nos interiores da Estratégia de Saúde da Família, perspectivas de construção das Redes de Atenção à Saúde e modelos assistenciais, gestão democrática, dentre outros temas que se debruçavam na tarefa de contribuir para o fortalecimento do SUS. Outras tantas colegas se dedicavam aos estudos sobre outras políticas implementadas nos últimos quinze anos, como bolsa família, cotas na universidade e no sistema partidário, dentre outras temáticas afins. Minhas colegas da ciência política se debruçaram na análise sobre a mudança da dinâmica do trabalho feminino nos últimos anos, enquanto outras compararam as gestões de participação popular, constituídas no Brasil, com experiências de outros países. Meu objetivo não é situar todas as pesquisas desenvolvidas pela rede de amigos que se encontraram na pós-graduação durante os últimos anos, mas mencionar que ocorreu um movimento de desenvolver pesquisas situadas nas transformações políticas vivenciadas no país desde 2003. Diante de projetos explicitamente relevantes e facilmente traduzidos entre diversos campos disciplinares, a minha pesquisa praticamente se volatilizava. Os momentos mais difíceis, certamente, tornaram-se o encontro entre amigos que se interessavam pela pesquisa, pois estabelecer as traduções entre diferentes campos se evidenciou uma tarefa árdua.

Nos últimos anos, muitos jovens pesquisadores se dedicaram aos estudos da circulação de hormônios sexuais no Brasil e o diálogo, através dos seus textos produzidos, evidenciou-se os momentos mais aprazíveis e instigantes. No mesmo tempo em que eu consegui estabelecer essas conversas, que permitiram identificar a relevância de analisar empiricamente os processos de biomedicalização no país, ocorreu um golpe parlamentar no país e, de novo, dúvidas e receios, agora, concentrados em questões de ordem prática. Enquanto muitos estavam dedicando grande parte do seu tempo às

manifestações e reuniões, eu precisava passar incansáveis horas sozinha escrevendo, apagando e recomeçando a escrita.

Ao caminhar para a finalização da tese, o tema e as questões que fomos nos debruçando contribuíram para uma análise bastante contemporânea da biomedicina brasileira, mas, ainda mais amplamente, evidenciaram processos subterrâneos das hibridizações entre técnica e política que certamente contribuem para analisar algumas das transformações vivenciadas pelo país. Neoliberalismo, hormônios, hierarquias de classe e gênero se evidenciam de uma maneira contumaz. A tese apresenta a fabricação de um corpo hormonal feminino empresa segregado, ou seja, um corpo que pode ser produzido, mas não por todas, apenas para aquelas que são exclusivas. Assim, a partir destes artefatos biomédicos é possível reconhecer imbricações das transformações pelas quais biomedicina e racionalidade neoliberal produzem uma feminização farmacológica-midiática-biológica-empresarial.

Ainda com a finalidade de introdução, uma questão importante que merece um comentário é o fato desse trabalho ter se direcionado à análise da biologia e corpo femininos. Os implantes foram objetos experimentados e desenvolvidos no corpo feminino, como pretendo comentar ao longo da tese. Mesmo assim, a Elmeco disponibiliza implantes para homens. De toda forma, durante a pesquisa encontrei homens que estavam nos consultórios apenas acompanhando as mulheres nas salas de espera, mas nenhum homem que buscavam estas tecnologias para seus corpos. Um professor durante o curso de prescritores afirmou que teria feito uso de testosterona há muitos anos, mas não havia trocado, nem mesmo feito a retirada dos tubetes que seguiam inseridos sob a sua pele. Assim, a opção foi seguir a circulação dos hormônios nos corpos das mulheres.

Durante estes quatro anos, procurei adentrar o universo das bordas orgânicas, farmacológicas e políticas dos implantes hormonais subdérmicos, transitando em três espacialidades clínicas (São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador), escutando e observando diferentes atores médicos e mulheres, diversos materiais de pesquisa, além das próprias técnicas e conceitos envolvidos nas práticas de saúde e poder destes objetos na contemporaneidade. Ao mesmo tempo que a ideia de hormônios sexuais seguiu despertando curiosidade e interesse, de alguma maneira, o modo de administração pareceu bastante instigante e, de alguma maneira, atualiza o encanto dos imaginados poderes androgênicos dos implantes.

1 O CORPO-OBJETO OU O CORPO DO OBJETO: DE QUAL CORPO ESTAMOS FALANDO?

Nas próximas páginas vou situar o corpo do qual falo neste trabalho, aquele em que os implantes hormonais subdérmicos estão se hibridizando e, deste este processo de se transformar em um conglomerado corpo-objeto, tem coproduzido imaginações, efeitos e customizações. A opção de iniciar por uma discussão sobre corpo biológico se justifica por uma escolha narrativa de situar o substrato através do qual estes objetos se destinam. Os implantes hormonais subdérmicos se constituem como objeto farmacológico e, ao fazê-lo, contribuem para a própria (re)constituição do corpo. Ademais, não é possível tomar o corpo biológico como uma entidade auto evidente, de modo algum, é possível assumi-lo como um dado inequívoco. Assim, nesta primeira parte, situo o corpo biomédico através do qual os objetos biomédicos adquirem o sentido de sua existência. A supremacia do corpo biológico na contemporaneidade é o resultado de uma teia de relações de saberes e poderes que enseja uma verdade sobre a vida, mas que não está livre de ruídos e dissonâncias.

Vou abordar uma perspectiva de análise e contextualização do corpo que apresenta a visão preponderante da biomedicina contemporânea, colocando-a sob análise e escrutínio, exatamente porque estou de acordo com Le Breton (2013) quando ele afirma que a palavra *corpo* está envolvida em uma polissemia que se relaciona com diferentes concepções culturais e sociedades, o “corpo nunca é um dado indiscutível, mas o efeito de uma construção social e cultural (Le Breton, 2013, pp.18).

Assim, nas próximas páginas, almejo situar o corpo através do qual os implantes se constituem um objeto farmacológico e, ao fazê-lo, produzem efeitos materiais na produção dos tecidos biológicos e sociais deste substrato orgânico.

1.1 Do corpo-sistema ao corpo-circuito-aberto

O que podemos enxergar em nossos corpos foi sendo co-produzindo com e através de técnicas que foram se modificando desde o século XV, quando do início desta exploração contínua e pervasiva do corpo biológico através de uma prática mais habitual e legitimada da dissecação de cadáveres⁴. Assim, a compreensão dominante sobre o corpo biológico foi sendo modificada a partir do acesso aos mais recôncavos pontos e espaços através de instrumentos e técnicas que, ao manipular o organismo, foram produzindo um tipo de olhar e de semântica a respeito de sua materialidade.

Muito embora a anatomia nos pareça hoje uma técnica bastante distante daquelas que caracterizam a biologia contemporânea, sua prática significou uma ruptura epistemológica significativa, que possibilitou o surgimento do corpo moderno ocidental. Os anatomistas partiram em busca de uma aventura que foi o início de um desbravamento do segredo do corpo, procurando a verdade da carne nos seus lugares mais profundos, rompendo com a tradição religiosa de sacralidade do corpo. A possibilidade de salvação que o corpo encarnava, sob uma perspectiva religiosa, foi

4 A prática de dissecação de cadáveres é encontrada antes do Renascimento. No entanto, até o século XVI, o conhecimento do interior do corpo humano é principalmente disponibilizado através das obras de Galeno e os tratados de anatomia são baseados na dissecação de animais mamíferos não humano (Le Breton, 2013).

sendo destruída quando ele foi invadido por instrumentos que romperam sua integridade e fragmentaram-no (Le Breton, 2013).

Ao mesmo tempo, os anatomistas operaram uma outra ruptura ontológica, a cisão entre as fronteiras do corpo e do cosmos. O corpo, até então foi o registro do ser, uma espécie de parte da comunidade e se constituía em relação à integralidade com o universo, sendo assim, intocável. Na medida em que ele se desprendeu deste lugar, tornou-se algo em si, “o corpo não é outra coisa senão o corpo”. Segundo Le Breton, neste processo, o cosmos foi sendo colocado em segundo plano, ele se fez o mundo por de trás do corpo. No mesmo sentido, a carnalidade explorada foi sendo destacada e isolada, distinguindo-se do ser (Le Breton, 2013).

Tal processo fabricou o ser humano da modernidade entre os séculos XVI e XVIII, que se estabeleceu a partir de uma separação de si mesmo — através da divisão entre corpo e homem —; apartado dos outros e segregado do cosmos. A invenção do corpo anatômico foi também a produção de um corpo autonomizado, que instituiu a figura de singularidade e individualidade do ser humano. No mesmo movimento, ocorreu a legitimação do saber médico sobre o corpo, que também foi se tornando mais especializado e pluralizado (Le Breton, 2013).

Neste ínterim, o corpo que emergiu foi colocado sob a filosofia mecanicista do século XVII, conhecido e explorado através do modelo matemático, que se tornou dominante na maneira como a natureza pode ser compreendida e revelada. O modelo mecanicista emancipou o corpo da religião, mas também retirou seus mistérios e rejeitou suas percepções sensoriais, que se tornaram impropérios do terreno da ilusão. Sob a racionalidade moderna emergente, o corpo-objeto foi representado pela ideia da máquina útil, eficaz e racional. Assim, o corpo foi se distanciando cada vez mais do ser

e se tornando uma espécie de acessório, constantemente colocado sob suspeita. A lógica matemática operou um processo de purificação do corpo, que se transmutou em algo objetivo e inserido na lógica das certezas racionais. Por óbvio, as percepções e sensações não deixaram de se fazerem presentes, apenas, sob a égide matematizada, conduziu o corpo a desconfianças e dúvidas constantes (Le Breton, 2013 a e b).

As técnicas de visualização e os instrumentos de acesso à interioridade do corpo foram fundamentais para as maneiras como hoje visualizamos e concebemos nossos corpos, assim como são centrais para as definições sobre o que consideramos necessário às vidas orgânicas (Ortega e Zorzaneli, 2010). As técnicas cirúrgicas, estéticas e dietéticas foram se tornando cada vez mais refinadas na biomedicina tecnológica e possibilitaram uma infinidade de modificações corporais em termos de desempenho, capacidades e traços. Tais intervenções atuam sobre o corpo como um todo orgânico sistêmico em escaladas de membros, órgãos, sangue e hormônios, ou seja, compreendidos em termos de “mol”⁵. Este é o corpo visível, tocável, que pode ser visualizado no cinema e nas propagandas. É importante destacar que este foi o corpo observado pelo olhar clínico da medicina no século XIX. Este foi o modelo de corpo dominante na medicina do século XIX, que adveio das técnicas de dissecação dos séculos anteriores, perscrutado por diversos instrumentos que o fizeram todo orgânico objetivados e observável sob uma lógica fragmentária e de fluidos (Rose, 2013, pp.26). O corpo discernível, que isola o ser humano e o distingue dos demais, “separado do cosmo, separado dos outros e separado de si mesmo”, “marca a fronteira entre um indivíduo e outro, o encerramento do sujeito em si mesmo” (Le Breton, 2013, pp.33).

5 O termo “mol” ou “molar” significa em latim “grande massa” e surgiu para se contrapor ao termo molecular (cujo sufixo “cula” significa pequeno) ao longo do século XIX, mas foi popularizado durante o século XX, notadamente, a partir de 1950 quando também se torna uma unidade de medida, que reflete a massa de todas as moléculas contidas nas respectivas entidades elementares (que podem ser átomos, moléculas, íons, elétrons, partículas e agrupamentos de partículas).

Ao mesmo tempo, o rápido crescimento das biotecnologias criou possibilidades de modificar características e traços humanos em uma dinâmica cada vez mais miniaturizada. Através da expansão das biotecnologias a engenharia genética e as técnicas moleculares impulsionaram a redescrição minuciosa e molecular do corpo biológico. As técnicas de experimentação e exploração do corpo adentraram o espaço invisível, tornando-o visível e manipulável. As tecnologias de visualização foram fundamentais para o processo de mudanças na compreensão do corpo biológico, “essas tecnologias afetaram nossas visões sobre os corpos, os modos como concebemos o processo de saúde e doença e a ideia que fazemos do que deve ser a intervenção terapêutica” (Ortega e Zorzanelli, 2010, pp. 17).

A biomedicina contemporânea está assentada em uma mudança epistemológica radical, que é a transformação do modelo de leis orgânicas de sistemas vitais fechados do século XIX — a “biologia do profundo” — para o modelo da biologia molecular que seria formada por elementos heterogêneos em sistemas complexos e abertos cuja questão fundamental seria a possibilidade de intervir nos sistemas vitais com a finalidade de remodelar o futuro. Nesta visão, é importante perceber que os cálculos matemáticos continuam sendo fundamentais, ainda que os modelos matemáticos também tenham se alterado e hoje se situem em termos probabilísticos, assim como os modelos computacionais desenvolvidos em interações com o campo da biologia. Assistimos, enfim, um passo adiante, ao surgimento de um novo paradigma epistemológico e ontológico em que qualquer elemento vital poderia ser potencialmente cambiável e transformado em direção ao “replanejamento biológico da vitalidade” (Rose, 2013).

O organismo se tornou compreendido em termos de codificação, inseridos em processamentos de informação complexas, constituindo-se de elementos heterogêneos biônicos e bióticos, que passa por minerais, átomos, moléculas, água, oxigênio, hidrogênio, sangue, hormônios, órgãos, tecidos, fármacos, dispositivos protéticos, dentre outros. O que interessa é que o corpo biológico se tornou espécie de processo de informação em que diferentes elementos de sua composição — que podem ser endógenos ou exógenos —, combinam-se e podem ser modificados e trocados, inclusive, com outros corpos e o meio ambiente.

As substâncias, as vitaminas, as próteses, os hormônios, o sangue e os objetos farmacológicos podem fazer parte deste circuito de constantes novas possibilidades orgânicas. Deste modo, é possível imaginar que sejamos transplantados com órgãos de outros mamíferos, ao mesmo tempo em que podemos utilizar próteses biônicas e utilizarmos insulinas produzidas através de engenharia genética com bactérias *Escherichia coli*. Além disso, pesquisas sinalizam a possibilidade de produzir um *chip* de titânio e platina que seria implantado sob a pele e garantiriam um efeito contraceptivo por 16 anos, que poderia ser controlado através de *wireless*. É interessante notar que na medicina contemporânea a diversidade de usos de substâncias e fluidos corporais reforçam a concepção de um corpo biológico heterogêneo compreendido como um sistema complexo e aberto às modificações. A visão prospectiva é fundamental. O corpo deixou de ser compreendido como estático e determinado biologicamente, converteu-se em “algo flexível e suscetível de ser transformado e reconfigurado” (Rohden, 2017, pp.41) e, deste lugar, tornou-se aberto ao cultivo do mercado farmacológico, mesmo com lógicas que, em grande parte das vezes, são contrapostas.

Ao mesmo tempo, ocorreu o surgimento de múltiplos objetos, práticas e figuras de autoridades que atuam no sentido de ampliar a diversidade de práticas terapêuticas especializadas. As intervenções não se direcionam à busca de correções ou tratamento — aliás, saúde e doença também se tornam maleáveis, mas assumiram a função de “peritos do estilo de vida” (Rose, 2013, pp. 47). Neste sentido, noções que podem parecer amplas e vagas, tais como “bem-estar” e “qualidade de vida” se tornam corriqueiras nas práticas destes peritos da vida em si mesma. O corpo que foi fragmentado e atomizado, apresenta-se em busca de uma reintegração a partir de substâncias e práticas de saúde.

Neste trabalho, o corpo biomédico, que também se apresenta como o corpo-objeto, corpo em busca de eficácia e busca de benefícios se enseja como um corpo-objeto, um espaço de intervenções em potencial, que convoca uma intervenção e, ao mesmo tempo, torna-se alvo de dúvidas e suspeitas. De um lado, um acessório que deve ser continuamente pensado, escrutinado, colocado sob o cálculo de riscos em potencial, de outro, uma carga pesada, um fardo, que constantemente mostra sua carnalidade e vulnerabilidade. Os implantes estão envolvidos neste processo, na medida em que operam práticas e imaginários em termos de seus efeitos biológicos, estão engendrados na construção do corpo biológico contemporâneo.

Aqui, cumpre ressaltar, que a instituição da definição de hormônios sexuais foi fundamental para a consolidação do modelo de corpo biológico que apresento nesta tese. Os hormônios sexuais, desde sua definição, contribuíram ativamente para as compreensões sobre corpo biológico, representando uma modificação de paradigma tão significativa que o corpo nunca mais foi o mesmo. Uma questão ainda mais instigante é que o “corpo hormonal” foi se metamorfoseando no mesmo passo que a biomedicina,

co-construindo a versão do corpo contemporâneo, que hoje investigo a partir da relação corpo e implantes hormonais subdérmicos. Nas próximas páginas, vou apresentar alguns aspectos da trajetória de constituição do corpo hormonal que são relevantes para este trabalho.

1.2 O império do corpo hormonal

É interessante observar que a concepção de *hormônio* sequer existia até o final do século XIX, por consequência, não seria possível encontrar alguém que utilizasse estas substâncias para explicar o funcionamento corporal, tanto menos produzir definições mais amplas a respeito da vida cotidiana. O interesse deste trabalho, em específico, recai sobre uma versão particular dos hormônios, aquela que ficou popularmente conhecida como *hormônios sexuais*⁶. Ao longo do século XX, estes objetos químicos passaram por diferentes mutações até serem configurados nesta substância que enseja um modelo explicativo para o funcionamento corporal do ponto de vista biológico (Oudshoorn, 1994; Rohden, 2008).

Desde então, estas substâncias químicas extrapolaram as fronteiras científicas e médicas e se constituíram em mensageiros químicos que regulam os corpos: cura-os, em caso de patologias; harmoniza-os ou equilibra-os nas situações definidas como

⁶ Em uma definição clássica, os hormônios são produtos secretivos de glândulas, que são liberados na corrente sanguínea e transportados a células ou órgãos-alvo específicos, onde eles provocam respostas fisiológicas, morfológicas e bioquímicas. Mediante a esta definição, pode-se compreender porque são designados “mensageiros químicos”, pois eles transportam sinais para células ou órgãos diferentes daqueles que são originados.

desequilíbrios hormonais; aprimora-os, na possibilidade de otimizar seus desempenhos corporais. Enfim, mesmo em diferentes abordagens — e nas suas diferenças de concepção na atualidade —, os hormônios permanecem figurando como uma substância da materialidade corporal. Aliás, estes mensageiros químicos modificaram a maneira como compreendemos o corpo orgânico, suas estruturas e as relações entre elas, o carnal, o sangue e as gônadas.

A chave de leitura proposta por Nelly Oudshoorn caminha em dois sentidos complementares, que nos interessa: de um lado, investiga como os pressupostos culturais relacionados às diferenças sexuais com suas respectivas crenças relacionadas aos homens e mulheres foram incorporados aos conceitos de hormônios sexuais. De outro lado, a autora explora como diferentes disciplinas, que se envolveram com a pesquisa de hormônios, modificaram ativamente essas ideias pré-científicas⁷ que, logo, foram incorporadas nas práticas de pesquisa (Fleck, 2010). A partir desta dinâmica investigativa ela argumenta que o incipiente campo da endocrinologia sexual proporcionou uma completa modificação na compreensão sobre o funcionamento do corpo, rompendo com as ideias pré científicas sobre o corpo feminino e masculino (Oudshoorn, 1994).

No início do século XX, surgiu a endocrinologia sexual como um campo de estudos sobre os hormônios, que possibilitou a originária definição destas substâncias químicas. Assim como as ciências da vida de uma maneira geral, existiam dois campos de abordagens diferentes no âmbito da endocrinologia sexual: uma abordagem biológica e outra abordagem química. A abordagem biológica foi prevalente nos primeiros anos

7 Fleck (2010) afirma que os fatos científicos estão associados a protoideias pré-científicas oriundas dos contextos sócio culturais vigentes e que podem ser fundamentais para o desenvolvimento de fatos científicos. No caso dos hormônios sexuais, Oudshoorn afirma que as ideias pré-científicas relacionadas a masculinidade e feminilidade foram fundamentais para o desenvolvimento do conceito de hormônios sexuais específico de origem e função.

de estudos com os hormônios e estava identificada com a participação de fisiologistas, ginecologistas, anatomistas e zoologistas. A abordagem química começou a dominar o campo de estudos após a década de 1920. A dinâmica entre estas distintas disciplinas influenciou a maneira como compreendemos os hormônios na atualidade (Oudshoorn, 1994).

Uma ideia relevante para o surgimento do conceitos de hormônios adveio dos fisiologistas do final do século XIX, nos entornos de 1890, quando Brown-Sequard criou a organoterapia — uso de extratos de animais como entes terapêuticos — constituindo uma noção de que os animais possuem substâncias potentes que regulam todo o processo físico. Assim sendo, surgiu a concepção de que secreções internas seriam cruciais para a compreensão do processo físico do corpo humano (Oudshoorn, 1990).

Ernest Starling, professor de fisiologia da Universidade College de Londres, reformulou essa teoria introduzindo o conceito de hormônios: os *mensageiros químicos*, que são transportados pelo sangue desde o órgão que são produzidos até o órgão que irá afetar⁸. Desta maneira, Starling cunhou o conceito de hormônios sexuais como substâncias que regulam os processos físicos no corpo em 1905, ano em que o conceito foi utilizado pela primeira vez pelo mesmo professor (Oudshoorn, 1994).

Esta concepção implicou uma radical mudança no paradigma da fisiologia que, até esta ocasião, baseava-se na assumpção de que a regulação corporal ocorria a partir de estímulos nervosos. A fisiologia, então chamada “nova fisiologia”, passa a

8 “A palavra hormônio foi usada pela primeira vez por Ernest Starling em 1905. Do grego ὁρμάω (hormao), que significa ‘eu excito ou desperto’, a palavra logo veio descrever qualquer produto químico produzido em uma parte do corpo e distribuído através do sangue para executar alguma função em outra parte do corpo. Sua descoberta encontrou-se originalmente com críticas, porque na época acreditava-se que as funções corporais eram controladas apenas pelo sistema nervoso” (Disponível em <<http://www.endocrinology-journals.org/site/archive/history.xhtml>> Acesso em 23 de Novembro de 2017.

caracterizar os organismos em termos de regulação química e não apenas em termos de regulação nervosa (Oudshoorn, 1990; 1994;2000). A “nova Fisiologia” forneceu o novo modelo explicativo para a regulação corporal e proporcionou a nova abordagem experimental nos laboratórios, acarretando efeitos de diferentes dimensões para a produção científica na virada do século XX. Os processos físicos deixaram de ser compreendidos como mediados pelo tecido nervoso e se tornaram mediados pelo sangue e, ao mesmo tempo, os organismos passaram a ser definidos em termos de agentes químicos. Desta maneira, os cientistas começaram a buscar os mensageiros químicos nos órgãos sexuais e as substâncias químicas que se originaram nas glândulas sexuais foram designadas *hormônios sexuais* (Oudshoorn, 1990).

A autora traz a citação da introdução do primeiro livro didático de endocrinologia sexual e secreções internas de autoria do zoologista franco-canadense Frank R. Lillie:

Uma das linhas mais interessantes e promissoras das investigações biológicas experimentais do presente século tem sido a biologia do sexo. Verificou-se que as características do sexo em geral estão sujeitas a certos mecanismos simples de controle que operam ao longo da história da vida e que determinam se características masculinas ou femininas devem desenvolver-se no indivíduo... Os mecanismos de controle são extremamente simples em comparação com a própria maquinaria do sexo... Este livro trata predominantemente de um método de controle de caracteres sexuais, que é especialmente característico dos vertebrados, incluindo o homem, mediado por hormônios que circulam no sangue. Destas, as secreções internas específicas do testículo, ou hormônio sexual masculino, e a secreção interna específica do córtex do ovário, ou hormônio sexual feminino, são as mais importantes, e provavelmente ocorre em todos os vertebrados. (Lillie 1939: 5-6 apud Oudshoorn, 2000: 89, tradução livre.)⁹

9 No original: “One of the most interesting and promising lines of experimental biological investigations of the present century has been in the biology of sex. It has been discovered that sex characteristics in general are subject to certain simple mechanisms of control that operate throughout the life history, and which determine whether male or female characters shall develop in the individual. . . . The mechanisms of control are exceedingly simple compared with the sex machinery itself. . . . This book deals predominantly with a method of control of sex characters which is especially characteristic of

Ainda no mesmo livro, o zoologista afirmou que a função dos hormônios seria definir as características sexuais e, como existem dois conjuntos de caracteres sexuais, logo, haveriam dois tipos de hormônios sexuais, aqueles que definiriam as características masculinas e aqueles que definiriam as características femininas. Assim, os hormônios sexuais são “conceitualizados como mensageiros químicos de masculinidade e feminilidade” (Oudshoorn, 1994).

É fato que a ideia de que ovários e testículos são agentes da feminilidade e da masculinidade, respectivamente, é bem antiga e pode ser rastreada em diferentes momentos históricos, não tendo surgido com os hormônios sexuais. No caso dos testículos, a concepção de que as gônadas masculinas são o assento da masculinidade é muito antiga e tem sido associada à sexualidade masculina, bem como a longevidade, bravura e virilidade de uma maneira mais geral. Inclusive, a visão de que os testículos seriam os agentes da masculinidade foi primeiramente incorporada na ciência médica (Oudshoorn, 2000, pp.90).

No caso dos ovários, mudanças na prática clínica ginecológica, que se assentaram na alteração de foco de estudos sobre o corpo da mulher, possibilitaram a incorporação das ideias pré-científicas sobre a feminilidade às ciências modernas. Até meados do século XIX, a concentração dos estudos científicos sobre o corpo feminino estava voltada ao útero, que foi conhecido muito tempo antes e era considerado a essência da feminilidade. Paulatinamente, a atenção dos médicos se direcionou para os

vertebrates including man, mediated by hormones circulating in the blood. Of these, the specific internal secretions of the testis, or male sex hormone, and the specific internal secretion of the cortex of the ovary, or female sex hormone, are the most important, and probably occur in all vertebrates” (Lillie 1939: 5-6 apud Oudshoorn, 2000: 89).

ovários, que se tornam, então, a essência da feminilidade. O ovário chegou a ser descrito em alguns livros de ginecologia como “órgão da crise que está faltando no corpo masculino”. Fato é que a mudança de foco para os ovários permitiu que a ginecologia delimitasse as fronteiras com a obstetrícia, que permaneceu focada no útero (Honegger 1991: 82-3 apud Oudshoorn, 94).

Aqui, ainda estou falando dos ovários em termos de regulação nervosa, pois ainda não havia ocorrido a transição para a concepção química de funcionamento corporal. O que interessa, neste momento, é delimitar que os ginecologistas foram os primeiros profissionais a apresentar a concepção de que os ovários poderiam secretar substâncias químicas, inclusive, segundo atesta Oudshoorn “dois ginecologistas vienenses, Emil Knauer e Josef Halban, descreveram a secreção de substâncias químicas pelos ovários já em 1896 e 1900” (Oudshoorn, 2000, pp.92). Os ginecologistas também foram os primeiros atraídos para o conceito de hormônios sexuais em função de suas promessas terapêuticas e de uma melhor compreensão dos distúrbios dos corpos das mulheres, tais como a menstruação e doenças descritas como “nervosas”. Ao mesmo tempo, tal concepção possibilitava um maior controle dos ginecologistas sobre estes mesmos distúrbios, contribuindo para que os “problemas” ou desordens femininas permanecessem “dentro domínio da ginecologia” (Oudshoorn, 2000, pp.92).

Os fisiologistas não acompanharam o ritmo dos ginecologistas na assimilação da teoria sobre secreções internas das glândulas sexuais, principalmente, por suas relações com a sexualidade e a reprodução. Na virada do século XX, paulatinamente se interessaram pelo conceito de hormônios, em especial, pelo fato de eles fornecerem um novo modelo de funcionamento do corpo. Neste momento, dois grupos de atores,

ginecologistas e fisiologistas, envolveram-se com a problemática das *desordens femininas* que, por sua vez, adentraram os laboratórios através dos cientistas, redimensionando um campo que até então estava sob o domínio exclusivamente dos ginecologistas¹⁰.

Um aspecto é importante de ser sublinhado neste contexto de chegada da teoria hormonal nas diferentes disciplinas biológicas: a aceitação da teoria hormonal foi facilitada pelo fato de ela se articular a um controverso debate em voga entre fisiologistas e geneticistas sobre o desenvolvimento sexual dos organismos. De um lado, os fisiologistas afirmavam que a determinação das características sexuais seria influenciada por condições fisiológicas e ambientais ao longo do desenvolvimento do embrião; contrariamente, os geneticistas declararam que o sexo seria definido no momento da concepção pelos cromossomas sexuais (Oudshoorn, 1994; 2000).

A concepção dos hormônios sexuais possibilitava um encontro entre as duas posições através de uma hipótese de que a intenção imersa nos genes poderia ser realizada através da atuação de hormônios das gônadas. Assim, ocorreu um processo de delimitação entre os conceitos de determinação do sexo e diferenciação sexual: geneticistas interessados na determinação genética do sexo e os endocrinologistas sexuais se direcionaram para o estudo sobre o desenvolvimento das características sexuais ao longo da vida.

10 Oudshoorn afirma que há uma diferença de foco entre estes dois atores, enquanto os ginecologistas se interessavam nas relações dos ovários com os distúrbios, os fisiologistas se interessavam no papel dos ovários e testículos no desenvolvimento do corpo (Oudshoorn, 2000).

1.3 Da clínica para o laboratório e de novo para a clínica: o corpo hormonal sendo fabricado através de atores, técnicas e materiais de pesquisa

Neste tópico apresento as relações entre atores, técnicas e materiais de pesquisa na constituição da noção de corpo hormonal. Esta trajetória contribui para compreender como as relações entre técnicas e materiais de pesquisa com hormônios foram fundamentais para a fabricação de um modelo de corpo vigente em nossa sociedade. Ao longo da tese, (re)apresentarei essas relações mais contemporaneamente, especificando uma abordagem local destas relações e, a partir dela, interrogando se é possível delinear um corpo hormonal brasileiro dos implantes hormonais subdérmicos da Elmeco.

No início do século XX existiam três grupos de atores interessados no estudo dos *hormônios sexuais* com interesses distintos com diferentes técnicas e materiais de pesquisa: os cientistas de laboratório¹¹, que eram os fisiologistas — utilizavam técnicas com extratos de animais — interessados no novo entendimento sobre a fisiologia do corpo; os ginecologistas — que utilizavam materiais da própria paciente obtidos através da castração, técnica cirúrgica¹² com que estavam familiarizados — almejavam uma melhor compreensão sobre as desordens femininas, que geralmente estavam associadas aos ovários, tais como, distúrbios da menstruação e “doenças nervosas”; por fim, a indústria farmacêutica¹³ — que faz contrato com matadouros para conseguir glândulas de animais. Inicialmente, os três grupos de atores não se

11 Neste momento, os fisiologistas eram os principais “cientistas de laboratório”, mas essa dinâmica se alterará, o que produzirá controvérsias sobre os hormônios sexuais, como apontaremos na sequência. Ao mesmo tempo, as primeiras décadas do século XX também é marcada pelo crescimento da profissionalização da ciência.

12 desde 1870, a “cirurgia de castração” é comum e utilizada pelos ginecologistas

13 desde 1910, as drogas começam a ser reguladas e institucionalizadas

confrontaram e não se prejudicaram, a concepção de hormônios sexuais contribuiu para cada um de seus interesses, estavam todos sob o *feitiço da glândula* (Oudshoorn, 1990).

Neste ínterim, transformações relevantes ocorreram e influenciaram a pesquisa com hormônios sexuais, além da dinâmica entre os três grupos de atores. Havia um processo incipiente de regulação e institucionalização das drogas, ao mesmo tempo, ocorreu o crescimento da profissionalização da ciência e a alteração de foco das pesquisas, que deixaram de ser voltadas para o funcionamento biológico e se dedicaram ao isolamento químico para a identificação dos hormônios sexuais. Assim, o domínio de estudo sobre hormônios foi sendo transferido da clínica para o laboratório, quando os cientistas começaram a desenvolver métodos de avaliação dos hormônios, que independem da cirurgia¹⁴ (Oudshoorn, 1990).

A dinâmica entre os três grupos de atores, que foi fundada na necessidade de materiais de pesquisa, particularmente nos anos 1920, começou a se tornar interdependente no seu intuito de estudo dos hormônios sexuais: ginecologistas e cientistas necessitavam dos materiais oriundos dos matadouros, fornecidos pelas indústrias farmacêuticas. Mas, é importante destacar que essas relações não permaneceram homogêneas, os cientistas, que se aliaram às indústrias, emergiram como os principais grupos de pesquisa neste campo novo de estudos com hormônios sexuais (Oudshoorn, 1990).

A bioquímica surgiu neste momento como a nova disciplina e dominou a técnica de isolamento do hormônio, atividade que os ginecologistas não tinham apropriação. Desta maneira, os ginecologistas perderam o espaço e as pesquisas foram transferidas

14 Nos anos 1920, os bioquímicos se envolveram com os estudos sobre hormônios sexuais, após avanços em química orgânica ao longo da década de 1910. Até então estavam interessados nas proteínas e, a partir de 1920, surge a química lipídica como uma linha de investigação. Os hormônios sexuais são esteróides, assim, os bioquímicos começam a ter instrumentos para manejá-los independentemente.

da clínica para o laboratório. Enfim, dentro do laboratório, os bioquímicos assumiram o lugar dos fisiologistas e se tornaram os principais atores, tornando-se especialistas nas desordens dos ovários e da reprodução e, a partir desta posição, redefiniram as relações entre as mulheres e a reprodução (Oudshoorn, 1990).

No entanto, os cientistas não adquiriram este status isoladamente, a prática clínica médica da ginecologia continuou fundamental para sua existência e legitimação. Do lado da ginecologia, é bem verdade que, na medida em que os ginecologistas assumiram a relação dos hormônios sexuais com as desordens femininas, “os problemas são colocados sob o domínio da ginecologia” como uma especialidade médica (Oudshoorn, 1990). Para os cientistas, a prática clínica ginecológica é essencial, assim como as pesquisas foram fundamentais para que a ginecologia se tornasse a especialidade das “desordens femininas”.

1.4 O corpo sexualizado dos hormônios: da dualidade à diferença

A concepção de um modelo de um sexo único biológico, herdada dos gregos, foi dominante até o Renascimento e se fundamentou na ideia de que as diferenças se dariam em termos de grau a partir da quantidade de calor interna em cada corpo. Laqueur (2001) afirma que o surgimento de um modelo de dois sexos distintos deve ser historicamente contextualizado e pode ser identificado nos entremeios do século XVIII. O autor se interrogará a respeito das causas dessas transformações e concluirá que não

se trata apenas de mudanças internas à ciência, mas existiriam diversas causalidades epistemológicas e políticas para tal mudança paradigmática (Laqueur, 2001).

Entre 1905 e 1920, os hormônios sexuais foram definidos como específicos na origem e na função, o que fez do *sexo* um conceito dual. Essa designação encontrou aceitação nas noções culturais amplamente difundidas a respeito do que seria masculinidade e feminilidade, que se ancorava no conceito vitoriano: categorias opostas, noções contrárias, distintas, e não dimensões independentes ou complementares (Oudshoorn, 1994 apud Lewin, 1984, pp 169-170). Em outras palavras, até este momento, o campo da endocrinologia sexual se baseava na concepção dualista de hormônios específica de origem e função, alinhado às noções pré-científicas de sexualidade vitoriana.

Uma novidade emergente se constituiu a partir da noção de antagonismo sexual no campo de estudos com os hormônios sexuais. Até então a endocrinologia relacionava as características sexuais com os respectivos sexos e, neste momento, ocorreu o alargamento da concepção dualista. A novidade se direcionou a um tipo de incremento da teoria. Para a teoria do antagonismo sexual, os respectivos hormônios sexuais, além de desenvolverem as características relacionadas ao sexo “homólogo”, também seriam responsáveis por dirimir as características sexuais heterólogas. É importante destacar que tal concepção foi amplamente utilizada para a discussão sobre os papéis sociais dos sexos em que as mulheres, enraizadas na biologia, teriam funções opostas aos homens.

Em 1921 um experimento começou a movimentar os pressupostos acima mencionados. A pesquisa mostrou que extratos de testículos de coelhos produziu efeito de crescimento no útero semelhantes aos produzidos pelos extratos de ovários. Os bioquímicos, recém-chegados ao campo da endocrinologia sexual, estavam envolvidos

com o isolamento dos hormônios sexuais, gerando uma demanda por matérias primas, que foi solucionada através da urina, uma opção mais econômica do que os ovários. Em especial, um artigo de 1934, relatou o resultado de um trabalho em que teriam sido encontradas grandes quantidades de estrogênio na urina de cavalos machos e afirmaria que as gônadas do cavalo seriam o tecido com a maior fonte de hormônio estrogênio. As fêmeas também foram estudadas e foram publicados artigos que afirmavam a presença de hormônios masculinos em seus organismos, muito embora, neste caso, não tenha despertado tanta atenção (Oudshoorn, 1994; 2000).

Desta maneira, é possível perceber que a década de 1930 contradiz o conceito anterior da especificidade sexual dos hormônios sexuais. Ocorreu desde esta modificações, a reformulação da hipótese dualista do sexo. As categorias masculino e feminino, portanto, não seriam exclusivas entre si. Os cientistas concordaram, nesta ocasião, que os corpos femininos e masculinos poderiam possuir ambos os hormônios sexuais. Aos poucos, com a entrada de outros grupos especializados no campo de pesquisa — e aqui é importante o destaque dado a bioquímica — começou se alterar as concepções pré-científicas de que a essência da feminilidade e da sexualidade estariam assentadas nas gônadas: “Essa mudança na conceituação levou a uma ruptura drástica com a noção cultural dualista de masculinidade e feminilidade que existiu durante séculos (Oudshoorn, 2000, pp. 99, tradução livre).

Na mesma década de 1930, a teoria das gônadas, formulada por um bioquímico, afirmava que haveria forte inter-relação entre os dois tipos de hormônios, que eles seriam convertidos no interior das gônadas. Esta ideia de conversão foi a primeira a romper a ideia de dualidade e ensejar uma nova concepção, aquela baseada nas

diferenças de sexo. Nesta remodelação, as categorias femininas e masculinas não são necessariamente excludentes.

No final da década de 1930, os cientistas apoiaram a ideia de que os corpos masculinos podiam possuir hormônios sexuais femininos e vice-versa, combinando, assim, pela primeira vez, as categorias de homens e mulheres dentro do sexo (Oudshoorn, 1994).

A possibilidade de utilizar novos instrumentos para identificação dos hormônios conferiu aos bioquímicos uma posição estratégica e, assim, concluíram que os hormônios sexuais femininos e masculinos seriam produtos químicos com apenas um grupo hidroxilo de diferença e produziram verdadeira quebra no conceito biológico de homens e mulheres. Essa perspectiva abriu a abordagem, apresentada pela Escola de Amsterdã, que haveria uma relação de cooperação entre os hormônios sexuais no desenvolvimento das características sexuais secundárias. Ao mesmo tempo, outras escolas afirmavam uma concepção de atuação sinérgica dos hormônios sexuais no desenvolvimento das características sexuais secundárias.

Em 1932, biólogos da Universidade de Chicago, apresentam a hipótese de que um sistema de feedback entre gônadas e hipófise em que o cérebro controlava os órgãos. A hipótese de um sistema que funciona através de feedback se tornou aceita para explicar as inter-relações entre os hormônios sexuais com uma hierarquia de comando cerebral, “o motor da função cerebral” (Oudshoorn, 1994).

Ao mesmo tempo, a noção de um hormônio por sexo foi destituída e substituída pela concepção de que diferentes partes do ovário produziriam dois tipos diferentes de hormônios. Entre 1929 e 1934 em diferentes grupos de pesquisa, especificou-se o

estrogênio e a progesterona. Alguns cientistas chegaram a afirmar que a progesterona seria o mais feminino pois ela teria uma origem sexual específica, já que não existe nos machos. Ao mesmo tempo, outros pesquisadores afirmavam que ela era mais parecida com o hormônio sexual masculino (Oudshoorn, 1994).

Além disso, os experimentos começaram a indicar que os *hormônios sexuais* não estavam relacionados apenas às características sexuais, eles apresentavam efeitos em outras partes do corpo, como o fígado, a hipófise, dentre outras. Assim, ocorreu uma nova transformação na compreensão de seus efeitos e, agora, afirmava-se que estas substâncias produziam ações múltiplas e sinérgicas tanto no corpo feminino quanto masculino (Oudshoorn, 1994).

A história dos hormônios sexuais nos mostra controvérsias a respeito de suas definições, as modificações nas conceitualizações se estenderam à terminologia e à classificação, produzindo questionamento a respeito de sua categorização. Na medida em que as pesquisas averiguaram que não havia especificidade entre hormônios e gônadas, surgiram propostas de nomes e classificações distintas, particularmente, um grupo de pesquisadores, coordenado por Laqueur, propôs uma outra nomenclatura, argumentando que a noção de “catalisadores” contribuiria de maneira mais adequada para sua classificação. Nesse sentido, também propuseram o abandono da noção de “sexuais” (Oudshoorn, 1994).

A perspectiva química continuou descrevendo os hormônios como catalisadores, inespecíficos do ponto de vista sexual, tanto com relação à origem, quanto com relação à função, que exerciam diversas funções no organismo e não prioritariamente sexuais. De maneira diversa, a perspectiva biológica afirmava que os hormônios seriam agentes sexualmente específicos, que controlavam as características sexuais. A abordagem

biológica prevaleceu e se especializou no uso técnico dos hormônios sexuais (Oudshoorn, 1994).

Desde então, houve um reajustamento das conceitualizações, que envolveu a atribuição de novas propriedades aos hormônios. As substâncias químicas definidas como hormônios sexuais se tornaram compreendidas como agentes catalisadores e, ao mesmo tempo, permaneceram definidas, classificadas e utilizadas — dentro e fora da comunidade científica — pelos seus nomes hormônios sexuais femininos e masculinos (Oudshoorn, 1994; Oudshoorn, 2000, pp.109).

É possível perceber que, desde os estudos iniciais até o encontro entre a perspectiva química com a biológica, o incipiente campo da endocrinologia sexual foi alterando as ideias pré-científicas sobre masculinidade e feminilidade localizadas nas gônadas. A concepção de corpo biológico deixou o espaço molar das gônadas e contribuiu ativamente para a fabricação de um novo modelo biológico, aquele que se fez em um sistema complexo de feedback entre gônadas e cérebro.

A introdução dos hormônios sexuais nas ciências da vida proporcionou revolucionária transformação nos estudos sobre sexo que, pela primeira vez, foi compreendido em termos de substâncias químicas. A sexualização, que estava previamente sustentada nos órgãos diretamente relacionados à sexualidade e reprodução, foi redimensionada a partir da noção de mensageiros químicos. Assim, em termos de agência química, estendeu-se a outras estruturas, como o esqueleto, o sangue, o cérebro em um processo de sexualização de todas as estruturas do corpo, inclusive, o sangue.

Ao mesmo tempo, as relações entre sexo e corpo também se transformaram a partir de uma teoria quantitativa, assim, feminilidade e masculinidade não se localizam

em um órgão específico e também não se tratam de um hormônio específico, mas de relações quantitativas e proporcionais destes mensageiros químicos. Trata-se de uma diferença de grau em que a diferença se situa em termos de relativa especificidade. Assim, a feminilidade e a masculinidade não são definidas pela especificidade do hormônio, mas pelas “diferenças nas quantidades absolutas e especialmente relativas desses dois tipos de substâncias podem caracterizar cada sexo” (Oudshoorn, 1994).

O novo modelo modificou completamente a definição biológica de sexo cujas diferenças passaram a ser relacionadas aos hormônios sexuais que, por sua vez estão em ambos corpos, masculinos e femininos. Neste sentido, há uma alteração na classificação de sexo, que inclui outras categorias. É possível encontrar corpos masculinos com características femininas e vice-versa, podendo gerar classificações e produzir diagnósticos para medir o grau de feminilidade e masculinidade no corpo humano. Como no campo de investigação desta tese, aparece o “biotipo” como uma maneira de categorizar subtipos de mulheres.

Assim sendo, o conceito de hormônios sexuais como agentes da masculinidade e da feminilidade têm funcionado como um paradigma. A noção de que o corpo é regido pelos hormônios sexuais, especialmente os corpos femininos, foi assumida como um fenômeno natural, o que, por sua vez, adquiriu um status de universal, a-histórico, atemporal (Oudshoorn, 1994).

1.5 As origens dos hormônios no cenário médico brasileiro: o corpo hormonal brasileiro

É importante contextualizar que não existe uma única perspectiva na biomedicina contemporânea a respeito da constituição biológica do corpo, por vezes será possível encontrar abordagens divergentes e, até mesmo, contrapostas. Mesmo assim, assistimos nos últimos anos uma supremacia do corpo hormonal, que Rohden (2008) define como um “império do ‘corpo hormonal’” que parece se sobrepor aos demais ou, no mínimo, englobar outras abordagens sobre a natureza dos corpos, como as relações entre cérebro e hormônios, bem como neurociência e hormônios.

1.6 O corpo em excesso: o ovário como o vilão das desordens e dos desejos

No Brasil, ao longo do século XIX, as relações entre órgãos genitais, sexualidade e doenças femininas se tornaram um dos principais focos da atenção médica. Neste sentido, ocorreu um deslocamento entre diferentes tipos de *desordens*, que se situam nos órgãos genitais femininos, particularmente, nos ovários: as “desordens que passava pelo corpo, mente e moralidade femininas e chegava até a sociedade” (Rohden, 2008). Aliás, a palavra “desordem” é interessante pois ela carrega uma semântica que pode ser traduzida entre campos distintos, com deslizamentos interpretativos, as desordens médicas também são habitualmente concebidas como desordens sociais. Diante da configuração deste campo de problemas que, a atenção médica os localizava nos ovários e, desde essa aceção, formulou diversas estratégias e experimentos para os seus tratamentos.

Neste sentido, uma estratégia importante que ganhou relevância na segunda metade do século XIX foram as intervenções cirúrgicas, notadamente, a ovariectomia¹⁵, amplamente utilizada, primeiramente, para o tratamento de “ovários doentes” e, rapidamente, teve o seu emprego cada vez mais alargado, inserindo-se como tratamento “de variados males que acometiam as mulheres”, inclusive, “como recurso para curar definitivamente as perturbações mentais ligadas aos órgãos genitais”. Muito embora, o início da utilização da ovariectomia tenha sido “alvo de uma grande polêmica”, esta cirurgia se tornou “uma das técnicas mais importantes do arsenal cirúrgico da época”. Pelo que é possível analisar, esta cirurgia se tornou uma intervenção legitimada para combater “doenças” e “desordens” femininas mais gerais, chegando, por exemplo, a ser utilizada com a tentativa de “coibir os desejos sexuais” femininos, além de ter sido explicitamente empregada com a finalidade de “coibir a sensualidade de certas mulheres debochadas” (Rohden, 2009 apud Miguel Archanjo da Silva, 1873).

Ainda que as técnicas cirúrgicas não estejam no centro de interesse de pesquisa desta tese, é importante destacar que esta estratégia de intervenção especificamente no corpo feminino se inseriu em um processo mais amplo de escrutínio e exploração através de diferentes instrumentos, que passaram centralmente pelo exame ginecológico, mas envolveram múltiplas técnicas e objetos. O corpo feminino foi se tornando alvo de pesquisas e experimentações, que se enredam em uma espécie de fantasia e curiosidade de abrir o corpo feminino, o que não ocorreu da mesma maneira com os homens. Tais objetos e tecnologias envolvidos nestas diferentes histórias foram, ao mesmo tempo, performando práticas com suas usuárias. No caso deste estudo, os implantes hormonais subdérmicos também são um tipo de objeto que adentra esse

15 Trata-se da extirpação do ovário.

processo exploratório e experimental no corpo feminino, como pretendo apresentar no próximo capítulo.

Nesse sentido, é interessante perceber que a cirurgia de castração do ovário constituiu-se uma intervenção para o tratamento das desordens femininas que poderiam ser variadas, mas, em grande medida, estavam articuladas a comportamentos considerados “desviantes” na sociedade daquela época¹⁶, como no exemplo apresentado acima, o ovariectomia poderia “coibir a sensualidade de certas mulheres debochadas”, que apresenta nítida moralidade sobre um comportamento não esperado para as mulheres. Ao mesmo tempo, a cirurgia legitimou a concepção de que os ovários seria os responsáveis pelas perturbações físicas e mentais das mulheres, assim, a extirpação do respectivo órgão contribuiria para o tratamento das mulheres, que sendo articulado entre questões físicas, mentais e morais.

1.7 A revanche do ovário: a *insuficiência ovariana* translocando a economia do corpo feminino em direção às suas secreções

Paulatinamente, no cenário médico brasileiro, surgiram discussões científicas que confrontaram à ovariectomia. O surgimento da noção de “insuficiência ovariana” foi central, neste sentido, pois ela enfatizou os malefícios provenientes da diminuição das secreções produzidas pelos ovários. O ovário foi conduzido para status de órgão da

16 Rohden situa que “as observações clínicas, essas mulheres apresentavam sintomas como abuso de álcool, irritabilidade exagerada, melancolia, estupro, tentativas de suicídio, idéias de perseguição, alucinações etc., associadas a irregularidades menstruais, endometrites, papilomas, atresia do colo do útero e outros males que mereceram intervenções cirúrgicas” (Rohden, 2009).

feminilidade, pois ele garantiria a função secretora, fundamental para a função reprodutiva feminina. As atenções foram se direcionando para as secreções, que se tornaram o centro da economia corporal. Em breve, todas as explicações e terapêuticas relacionadas às desordens femininas se direcionariam às tais secreções. A mulher, então, agora passa a ser governada pelos seus ciclos reprodutivos, puberdade, gravidez, amamentação e menopausa (Rohden, 2008).

Assim, a insuficiência ovariana vem à baila como um tema recorrente e se busca compreender as consequências da castração ovariana, que acarretaria a diminuição das suas secreções, gerando diferentes tipos de problemas às mulheres, desde “vapores de calor, cefaléia, dores e insônia”, mas também começam a engordar e desenvolvem perturbações mentais, além de significar a ausência da vida reprodutiva. Assim, uma iniciativa terapêutica foi direcionada à utilização de extratos de ovário com a tentativa de encontrar terapias para esta condição, o que se mostrou limitado diante da dificuldade de encontrar doadoras de ovário saudáveis. Neste período, as ideias de Brown-Séquard sobre secreções internas começavam a circular no cenário médico brasileiro. Diante da dificuldade de consolidar o modelo terapêutico de enxertos, iniciou-se a tentativa de desenvolver preparados hormonais através do desenvolvimento de medicamentos, o que se tornou comum a partir de 1920, sendo possível encontrar propagandas destes preparados nas revistas médicas da época (Rohden, 2008; Bonan *et al*, 2017).

Desde o nascimento dos hormônios sexuais no início do século XX ocorreu uma rápida modificação dos entendimentos sobre o corpo feminino, como podemos acompanhar. Conforme destaquei no tópico acima, o que ocorreu no cenário médico brasileiro, cuja economia do corpo feminino se deslocou dos órgãos sexuais e se

direcionou aos hormônios, fez-se a concepção dominante sobre o funcionamento corporal feminino. Na atualidade, tal aceção se fortaleceu e se atualizou. Através da disponibilidade de intervenções terapêuticas hormonais cada vez mais amplas e diversificadas, a própria compreensão do corpo foi se alterando.

Neste sentido, os objetos tecno-hormonais farmacológicos são fundamentais para compreender as novas possibilidades viventes na contemporaneidade. Nas próximas páginas vamos abordar o nascimento dos hormônios como objetos farmacológicos com o destaque de algumas discussões que são fundamentais em sua trajetória para a circulação dos implantes hormonais subdérmicos. O esforço aqui é situar as relações que constituem os implantes hormonais subdérmicos para que, depois, em outro sentido, destaque as maneiras com as quais os implantes atualizam as mesmas discussões que se tem empreendido na trajetória dos hormônios sexuais.

2 O OBJETO EM BUSCA DE UM CORPO

Desde suas origens os hormônios sexuais estiveram em uma posição instigante. De um lado, foram definidos como mensageiros químicos que fazem parte da composição do corpo biológico, de outro, foram alçados como substâncias terapêuticas para as mais diversas condições e problemas, principalmente, direcionados às *desordens femininas*. Esta posição garantiu uma certa ubiquidade para estas substâncias químicas, que, servem para múltiplas finalidades ao mesmo tempo em que se estabilizam como elementos fundamentais na composição da materialidade corporal. Os hormônios se

tornam onipresentes na biomedicina contemporânea, de modo que outras concepções e teorias sobre o funcionamento corporal — tais como a psiquiatria biológica, a neurociência e a genética — reivindicam-nos em suas próprias perspectivas. Assim, estabiliza-se uma certa supremacia hormonal que perpassa diversos campos disciplinares e o próprio senso comum a respeito do funcionamento corporal (Rohden, 2008).

Definidos e especificados como substâncias que compõem o corpo biológico, os hormônios sexuais não se tratavam de quaisquer substâncias, rapidamente adquiriram um status de substancialidade e governabilidade dos corpos, conforme procuro descrever nos tópicos anteriores, (re)posicionando as concepções corporais vigentes. Ao mesmo tempo, foram sendo constituídos como substâncias terapêuticas, direcionadas a diversas intervenções mais gerais sobre o corpo. Oudshoorn (1994) define as terapias hormonais como “drogas em busca de doenças”. Mais contemporaneamente, percebe-se que as intervenções hormonais estão em busca muito mais do que de doenças, são drogas em busca de corpos, indistintamente.

O processo de constituição de suas características e especificidades farmacológicas ocorreu *pari passu* as suas semânticas do corpo biológico. Em outras palavras, na medida que os hormônios foram se definindo quimicamente e, posteriormente, farmacologicamente, modificaram as concepções de corpo biológico. Nas próximas páginas, almejo delinear este momento farmacológico como uma perspectiva de compreender os deslocamentos pelos quais os hormônios sexuais atravessaram e, através destes movimentos, translocaram os efeitos de saber e poder sobre o corpo.

2.1 Hormônios sexuais como produtos farmacológicos

Em termos bastante genéricos, a caracterização de uma substância ou artefato como *farmacológico* se baseia no seu potencial de alterar o estado do corpo biológico a partir de processos que podem ser bastante diversificados. Na farmacologia, cada vez mais se estuda e compreende tais alterações em termos moleculares (Katzung, 2014). Para este estudo, vou procurar observar a vida social dos implantes hormonais subdérmicos partindo desta única premissa, aquela de que um objeto farmacêutico apresenta o potencial de alterar o estado de funcionamento do corpo biológico.

Brown-Séquard, um fisiologista francês, foi um ator importante no deslocamento das ideias pré-científicas sobre testículos e ovários, que os localizavam como o assento da masculinidade e feminilidade, respectivamente. Ainda em 1889 ele relatou a membros da Sociedade de Biologia em Paris resultados de uma experiência de automedicação de injeções preparadas com testículos de cães e cobaias esmagados, o que, segundo ele, havia resultado em “uma marcada renovação de vigor e clareza mental”. “No mesmo momento, ele apresentou um relato sobre as práticas de uma parteira em Paris, que tratou mulheres com o suco filtrado de ovários de cobaias por histeria, várias afecções uterinas e debilidade devido à idade” (Corner 1965: 5 apud Oudshoorn, 2000:90).

Brown-Séquard sugeriu que os testículos produziam uma secreção interna que controlava o desenvolvimento do

organismo masculino. Essas "secreções internas" podem ser descobertas usando extratos de tratamento para certas doenças. A defesa de Brown-Séquard deu origem a uma renovação interesse na década de 1890 no que agora se chamava de "organoterapia": o uso de extratos de órgãos de animais como agentes terapêuticos (Oudshoorn, 2000, pp. 90-91).

Os extratos de testículos foram utilizados ao longo dos séculos com diferentes finalidades. O médico Paracelsus os utilizou no tratamento do que se chamava "imbecilidade". A farmacopeia oficial do *London College of Physicians* de 1676 deu instruções para a extração de órgãos reprodutivos animais como tratamento para inúmeras doenças e como estimulantes sexuais. Posteriormente, no século XVIII, a crença do testículo como o controlador de virilidade deixou o ambiente acadêmico e foi abandonada ao reino de sabedoria popular. Assim, em 1800, os extratos testiculares haviam desaparecido das farmacopeias oficiais na Europa, mas, a crença no testículo como agente de masculinidade permaneceu viva na cultura popular e as utilizações de extratos de testículos foram bastante populares em toda a Europa no século XVIII, mesmo distantes das farmacopeias oficiais, foram amplamente utilizadas como mercadorias "charlatães" (Oudshoorn, 1994, pp. 90).

No despontar do século XX, a incipiente indústria farmacêutica se envolveu com a fabricação de extratos de órgãos de animais, mas também é importante situar que médicos clínicos elaboravam preparados hormonais com extratos de órgãos e os divulgavam para diversas finalidades. Desde este período, muitos pesquisadores envolvidos com o estudo de hormônios sexuais trabalharam em intrincada articulação com as indústrias farmacêuticas. Por volta de 1920, as empresas farmacêuticas iniciaram sua produção em larga escala, através de múltiplas formulações, substâncias e meios de administração. No mesmo momento, iniciou-se uma intensa publicidade em revistas médicas sobre estes preparados que são apresentados através de diversos nomes

comerciais. Na ocasião, os produtos farmacológicos ficaram conhecidos genericamente através da mesma nomenclatura dos mensageiros químicos que fazem parte da composição biológica por se tratarem de formulações idênticas ou derivadas sinteticamente destas substâncias químicas (Oudshoorn, 1994).

No Brasil, o interesse pela hormonioterapia se evidenciou desde o século XIX, mas será a partir do início do século XX que ele vai adquirir contornos mais evidentes como uma intervenção terapêutica para as mais diversas desordens femininas. Rodhen (2008) afirma que durante a década de 1920, a opoterapia — ou o uso de “soros hormônicos” — apareceu como uma “grande novidade”. Ela destacou alguns anúncios veiculados na Revista de Ginecologia e D’Obstetrícia ao longo da década de 1920:

O composto Thelygan, por exemplo, que entre outras coisas continha o "extrato esterilizado dos ovários de vacas novas", era indicado para "todas as enfermidades da vida sexual feminina" como "nervosidade geral", "sobrecansaço após trabalhos físicos e intelectuais", "transtornos da menstruação", "clorose", "debilidade genital", "esterilidade", "frigidez", "defeitos cosméticos". Na mesma linha eram apresentados os Soros Hormônicos, de "sexos separados", propostos pelo doutor Aché, que teriam propiciado ótimos resultados em um caso de "psiconeurose com insuficiência ovariana". Deve-se notar, ainda, a inspiração eugênica desse anúncio, ilustrado pela imagem de um cavalo (que lembra o desejo de se criar um 'haras humano', comum entre alguns eugenistas da época), circundada pela frase "A alma está no sangue". O Laboratório Silva Araújo também promovia os "hormônios sexuais", constituídos de "associações pluriglandulares injetáveis", e as "hormovitaminas", uma associação dos "hormônios alimentares" aos "princípios das glândulas de secreção interna" (Rodhen, 2008).

Segundo Bonan *et al* (2017), na primeira metade do século XX, é possível encontrar propagandas de preparados de hormônios do lobo anterior da hipófise de origem animal cujo nome comercial era Preloban, fabricado pela Bayer, que “eram

anunciados para perturbações sexuais, anomalias do metabolismo e diferentes problemas femininos”. A produção de estrogênios sintéticos em laboratórios europeus, ao final dos anos 1930, altera o cenário de estudos, propagandas e intervenções. Na década de 1950, a norestisterona foi o primeiro derivado da progesterona sintetizado com finalidade terapêutica em forma oral (Bonan et al, 2017)¹⁷.

Os autores afirmam que, ao longo da década de 1950, evidencia-se nos Anais Brasileiros de Ginecologia a discussão sobre a necessidade de maior conhecimento das utilizações dos hormônios com finalidades terapêuticas, o que, ao mesmo tempo, ocorria em escala internacional. Neste mesmo periódico, dentre os temas frequentes, era possível encontrar as discussões sobre *eficácia, efeitos adversos e segurança* na utilização de hormônios sexuais.

O interesse crescente pelos hormônios é também observável nas propagandas publicadas no periódico, que se avolumam, nos anos de 1950. Laboratórios estrangeiros, como a Shering e a Organon, anunciavam seus preparados a base de hormônios (Testoviron, Proginon, Proluton, Menstrogen, Neutrotes Mixogen, Adreson), indicados para a síndrome da menopausa, frigidez, osteoporose, hipertrofia da próstata, angina no peito, espasmos arteriais, etc. Laboratórios nacionais, como a Casa Silva Araújo, também propagandeavam seus produtos, como o Benzo Gynostril, indicado para insuficiência ovariana, distúrbios do ciclo menstrual, perturbações da menopausa e vômitos na gravidez (Bonan *et al.*, 2017).

O artigo de Bonan *et al* destaca a contrariedade dos Anais com relação às utilizações dos hormônios sexuais para condições cada vez mais diversas, sendo prescritos com pouca acurácia diagnóstica e especificidade, além de estarem relacionados a indicações para “problemas que poderiam não ter causas médicas ou,

17 O artigo apresenta analisa a partir dos Anais Brasileiros de Ginecologia (publicada entre 1936 e 1970) a “assimilação de conhecimentos e o desenvolvimento de práticas clínicas e de pesquisa, concernentes aos hormônios sexuais, entre ginecologistas brasileiros” (Bonan et al, 2017).

pelo menos, não hormonais”. Neste sentido, destacam algumas das indicações que consideravam questionáveis, como, “frigidez, perturbações nervosas, senilidade, obesidade, entre outras”. Um outro protesto se refere ao uso dos hormônios com finalidade de provocar “ciclos anovulatórios” o que violaria “a fronteira da ética” (Bonan *et al*, 2017).

Conforme se evidencia, em sua vida social brasileira, os hormônios estiveram indicados para diversas condições bastante genéricas, desde desordens menstruais, infertilidade, menopausa, frigidez, perturbações nervosas, senilidade, obesidade, angina, espasmos arteriais, impotência sexual, perda da libido em homens. Nelly Oudshoorn (1994) afirma que os hormônios sempre foram uma “terapia em busca de doenças”, o que parece coerente com a trajetória brasileira dos hormônios sexuais. Ao mesmo tempo, percebe-se que eles sempre foram substâncias que atuaram no limite tênue entre condições que poderiam ser consideradas de ordem médicas e não-médicas, os deslizamentos de suas indicações talvez tenham contribuído para que determinados problemas, anteriormente não compreendidos como questões médicas, pudessem ser inseridos na jurisdição médica ou, no mínimo, tornando-se questões de cunho hormonal.

Esta perspectiva se torna mais interessante quando se observa que a trajetória dos hormônios sexuais sempre foi bastante experimental, desde os períodos em que as regulamentações sobre práticas de pesquisa ainda eram frágeis, essas substâncias químicas foram se legitimando em usos de pesquisa. As práticas de pesquisa foram fundamentais para a estabilização dos hormônios como objetos farmacológicos, não porque elas revelavam uma verdade sobre o corpo, mas porque elas articularam redes e associações socio-técnicas e políticas, que permitiram a circulação global destes

artefatos, ao mesmo tempo em que os tornaram uma possibilidade terapêutica disponível, com efeitos sobre o corpo.

Neste sentido, mais do que drogas em busca de doenças, os hormônios farmacológicos estiveram sempre em busca de um corpo a atuar, um corpo a intervir, um corpo que é generificado e que adquiriu contornos distintos ao longo de sua trajetória. A consolidação de um objeto hormonal farmacológico com efeito contraceptivo foi fundamental, pois ele alçou os mensageiros químicos como personagens ainda mais conhecidos, úteis, práticos, cotidianos e relevantes (politicamente) para o mundo.

2.2 Hormônio sexual como objeto farmacológico para a contracepção

Ao final da década de 1960, o *Food and Drugs Agency* (FDA) autorizou a comercialização da pílula anticoncepcional nos Estados Unidos. Desde então, milhares de mulheres têm consumido estes produtos. O objeto hormonal mais conhecido e mais utilizado na atualidade segue sendo a pílula oral anticoncepcional, que começou a ser comercializada, especificamente, em 1962 nos Estados Unidos. Muito embora o efeito contraceptivo destas substâncias químicas fosse conhecido previamente, havia a preocupação com relação a possibilidade de protestos morais e religiosos, assim, a entrada destes objetos no mercado exigiu alguns cuidados por parte dos pesquisadores e laboratórios no sentido de deixar a intervenção humana sobre a reprodução o menos perceptível possível (Watkins, 1998). O primeiro deles foi a garantia da manutenção do

sangramento cíclico, que mimetizava o ciclo menstrual, considerado um sinônimo da natureza feminina. O segundo cuidado foi incluir o efeito da “contracepção” de forma indireta na bula. Estes medicamentos eram divulgados com a finalidade de *controlar e regular os ciclos menstruais*, o efeito de contracepção aparecia discretamente apenas no item de *advertências* da bula (Oudshoorn, 1990; Manica, 2009).

O mercado dos contraceptivos hormonais no Brasil se desenvolveu rapidamente, mesmo diante das restrições impostas pela Lei de Contravenções Penais de 1941, que proibia “anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar o aborto ou evitar a gravidez”, além de “normas sociais e religiosas que ratificavam tanto tendências pró-natalistas como padrões conservadores de moralidade sexual, e das intensas controvérsias em torno da questão do ‘planejamento familiar’, que atravessaram os anos 1960 e 1970” no Brasil (Dias, 2015).

A preocupação neste momento estava direcionada principalmente a possibilidade de protestos morais e religiosos que poderiam dificultar a comercialização destes produtos, portanto, a construção da noção de que os hormônios seriam uma forma *natural* de contracepção, diferentemente da camisinha e da esterilização, já que eram substâncias existentes no próprio corpo foi pensada de forma a deixar a intervenção humana sobre a reprodução o menos perceptível possível (Oudshoorn, 1990; Manica, 2009).

Entre as décadas de 1960 e 1970 adquiriu legitimidade no cenário político internacional a noção de que a existência planetária estaria sob riscos imediatos, caso fosse mantido o ritmo de crescimento populacional do momento. Amparadas em ideias

neomalthusianas¹⁸, a partir de 1965, a questão populacional se tornou um tema central na política externa norte-americana, que inicia, juntamente com a Organização das Nações Unidas (ONU), a adoção de políticas de controle populacional direcionadas aos “países subdesenvolvidos” (Pedro, 2002, pp.245). A descrição do crescimento populacional como um problema social e o seu destaque como tema político internacional foi fundamental para a circulação de métodos contraceptivos.

Mediante a agenda política internacional de controle populacional, ao longo da década de 1960, houve um interesse para o desenvolvimento de novos modos de administração de substâncias químicas contraceptivas. O *Population Council*¹⁹, uma organização privada direcionada a formular intervenções baseadas na problemática do crescimento populacional, financiou pesquisas com esta finalidade em diversos países.

2.3 O objeto se confunde com os limites do corpo: o nascimento dos implantes hormonais subdérmicos

18 Thomas Malthus publica em 1798 o livro "Ensaio sobre o princípio da população" em que defende a ideia de que a população cresce em um ritmo geométrico enquanto a produção dos alimentos cresce em um ritmo aritmético. Malthus, no entanto, era contrário aos métodos contraceptivos. As ideias neomalthusianas do século XX rerepresentariam o debate de Malthus, porém, concordariam com os métodos contraceptivos (Correa; Alves; Jannuzzi, 2006).

19 A criação do Population Council faz parte da estratégia da Fundação Rockefeller de atuar internacionalmente para promover o controle demográfico. Sua atuação se ampliou a partir da década de 1970 quando a Fundação Rockefeller começou a investir em pesquisas com o objetivo de melhor compreender os fatores relacionados ao crescimento demográfico, investimento em programas de planejamento familiar, assim como atuou para a formação de profissionais especialistas na área de reprodução (Watkins, 1998; Manica, 2009; Dias, 2015).

Os implantes subdérmicos surgiram como um produto contraceptivo *adaptado* da pílula na década de 1960, a partir desta problemática internacional em torno do *crescimento demográfico* e do *sucesso* da contracepção hormonal (Watkins, 2012). Sua trajetória envolveu a especificação deste artefato médico através da congregação de características que o distinguiram e o particularizaram. Nesse sentido, suas características não são transportadas de maneira imediata das pílulas. Com uma *forma de apresentação* e uma *via de administração* distintas, este método possui trajetória própria que, por sua vez, também se modificou ao longo dos anos, como pretendo apresentar.

2.4 Das intenções das origens: a biopolítica do controle da fertilidade de alguns corpos

2.4.1 Longa duração, alta eficácia e independência da motivação da usuária: o objeto do qual falamos

A constituição deste modo de administração partiu de uma decisão política, um esforço internacional global, coordenado pelo Population Council através do seu comitê de pesquisas sobre contracepção, denominado Council's International Committee for Contraceptive Research (ICCR), que reuniu pesquisadores de diversas partes do mundo

com a finalidade de desenvolver as pesquisas iniciais com o intuito de construir o projeto dos implantes hormonais subdérmicos. Cumpre enfatizar que o nascimento deste modo de administração foi uma espécie de força-tarefa global com uma expectativa biopolítica direcionada ao controle da fertilidade das populações mais pobres dos países subdesenvolvidos (Watkins, 2012). O novo modo de administração deveria ser projetado para usuárias que potencialmente não se lembravam de tomar a pílula diariamente, que não desejavam ser esterilizadas e/ou não seriam candidatas ao uso do DIU, deste modo, os implantes deveriam combinar o que era considerado por este consórcio científico-político como os melhores efeitos da pílula (controle hormonal) e do DIU (proteção de longa duração) (Watkins, 2010).

Dois cientistas, o finlandês Sheldon Segal, diretor de pesquisa biomédica do Population Council até 1978, e o chileno Horácio Croxatto, foram responsáveis pela produção do que seria o “conceito” dos implantes contraceptivos, reunindo três “princípios”. O primeiro deles se baseou na possibilidade de difusão de materiais biológicos ativos através das paredes de cápsulas de silicone e que os tubos deste material poderiam ser utilizados como reservatórios para a liberação prolongada de diversas drogas lipofílicas, como os esteróides (baseados no trabalho de Folkamn e Long de 1964). O segundo princípio se baseou na possibilidade de a gravidez ser evitada através de baixas doses de progestagênios sem causar anovulação e sem suprimir a menstruação, seguindo evidências de Rudel, Martinez-Manautou e Marquo-Topete, publicados em 1965, na *Fertility Sterility*. Por fim, o terceiro princípio se fundou na possibilidade de liberação quase constante de esteroides por anos através de implantes de borrachas siliconadas em ovelhas, baseando-se no trabalho de Dziuk e Cook de 1966. Particularmente deste trabalho, derivou-se a noção de que implantes

subdérmicos de silicone potencialmente liberavam quantidade de esteróide homogênea, por unidade de tempo. sendo a taxa de difusão determinada pela relação entre a área de superfície e espessura da parede da cápsula (Segal, 1983).

Baseando-se nestas noções, Segal (1983) apresentou em seu artigo que narra a trajetória de desenvolvimentos dos implantes, que eles conceberam o conceito de um contraceptivo de longa-duração, reversível, com liberação diária através de tubos de silicone. Um dado importante foi que a borracha de silicone era utilizada desde 1950 variados dispositivos protéticos, logo, seu uso já era familiar para cientistas. Os tubos utilizados nos primeiros implantes eram idênticos aos dispositivos Silastic®, marca registrada pela Dow Corporation, utilizados em uma condição estabelecida, a drenagem na hidrocefalia. Segundo Segal, o Silastic® havia sido utilizado por mais de 100 mil pessoas sem episódios de reação ou evidência de neoplasia (Segal, 1983).

Para o seu fundador, o *novo modo de administração* reuniu as características técnicas consideradas *ideais* para um objeto contraceptivo: alta eficácia, fácil utilização, não dependência da motivação da usuária, longa duração (pelo menos um ano), não exigência de seguimento profissional regular, reversibilidade e custo relativamente baixo (Segal, 1983). O esforço internacional do período se direcionou no sentido de encontrar uma tecnologia que reunisse os objetivos que estes pesquisadores conseguiram reunir nos implantes hormonais subdérmicos. A técnica estava articulada as suas originárias intenções biopolíticas.

Diante do desenvolvimento deste *conceito*, a tarefa que eles se colocaram foi identificar a substância a ser liberada por esse dispositivo de silicone, garantindo *segurança, eficácia* e também *aceitabilidade* deste composto. De novo, a força-tarefa se iniciou nos laboratórios do Population Council. O ICCR conduziu todo o trabalho de

bioquímica e investigação clínica, com o envolvimento de empresas farmacêuticas com as quais já trabalhavam, destacando-se a Wyeth Laboratories Inc. dos Estados Unidos e Leiras Pharmaceuticals da Finlândia (Segal, 1983).

Os objetivos apresentados pelo autor na busca da substância — segurança, eficácia e aceitabilidade — reúnem aspectos considerados importantes para a farmacodinâmicas dos medicamentos, como é o caso da segurança e eficácia e incorporam um atributo típico de análises de mercado, a aceitabilidade. Ao apresentar os três aspectos, Segal poderia estar bastante convencido da relevância deste método, mas o que ele, de fato, evidencia é o sentido político do objeto farmacológico ao incluir a aceitabilidade como um aspecto central, tanto quanto a segurança e eficácia. O que se verifica, posteriormente, é que a aceitabilidade se tornou o epicentro das pesquisas clínicas com a primeira marca registrada dos implantes.

O seu artigo contribuiu no sentido de apresentar as redes de atores humanos e não-humanos articuladas através de redes sociotécnicas globais para a construção dos implantes, destaca-se tubos de silicone, hormônios sexuais, pesquisadores de diversas áreas, indústrias farmacêuticas, conceitos farmacológicos, organizações não-governamentais, periódicos acadêmicos, dentre outros. É possível perceber o envolvimento de elementos heterogêneos na fabricação deste objeto que se projetou desde suas intenções biopolíticas originárias globais. Mais uma vez é importante localizar a relevância dos ensaios clínicos e das pesquisas, que foram fundamentais para este processo.

2.4.2 O objeto e suas primeiras experimentações

Um dos “princípios” do conceito de implantes, conforme mencionado acima, baseava-se na utilização de derivados da progesterona, pois se almejava encontrar um único hormônio que permitisse a finalidade contraceptiva e chegou-se a aventar a possibilidade de utilizar uma dose de progesterona que não chegasse a impedir a ovulação. Para esta finalidade, costumava-se afirmar que o objetivo era encontrar uma substância “pura”. É interessante retomar a discussão sobre a progesterona, lembrando que, em algum momento, ela foi considerada o hormônio sexual típico das mulheres, pois ela, sim, seria encontrada exclusivamente nos corpos femininos, diferentemente do estrogênio (Oudshoorn, 1994).

Os primeiros estudos clínicos foram realizados no Chile e utilizaram o acetato de clormadinona como substância. Estas pesquisas foram descontinuadas pela evidência de efeitos adversos em estudos com cães beagles no EUA. Na sequência, no limiar da década de 1970, pesquisas com outro progestagênio, o acetato de megestrol, iniciaram-se no Brasil e Índia. Esta substância também foi relacionada a efeitos adversos, particularmente, nódulos mamários em cães, tendo sido retirada das pesquisas. Outras questões de segurança também foram levantadas nestes testes iniciais, tais como, ocorrência de massa anexial²⁰ em algumas mulheres e evidência de gravidez ectópica²¹. Estes eventos foram relacionados à baixa dosagem de progesterona, que seria insuficiente para inibição da ovulação, já que relatos semelhantes ocorreram com o uso

20 Geralmente se trata de uma palavra que descreve a presença de estruturas anexas ao útero, que pode possuir diversas morfologias.

21 Diz-se da gestação que ocorre fora do útero.

da minipílula²². Assim, o ICCR enfatizou que o uso de hormônios deveria ser o suficiente para suprimir a ovulação.

Em torno de 1975, diversos progestagênios, substâncias derivadas da progesterona, foram testados para a inserção nos implantes contraceptivos, como a noretindrona (muito utilizada em pílulas na ocasião), a norgestrienona (pesquisada por Elsimar Coutinho e outros pesquisadores da Maternidade Climério de Oliveira, Bahia, no Brasil) e o levonorgestrel, usado em seis cápsulas, avaliado por Weiner e Johansson em 1976. Neste momento, já é possível identificar a centralidade da presença brasileira nestes ensaios clínicos internacionais (Population Council, 1986; 1991).

Segal (1983) afirma que, após um ano de estudos, foram identificadas vantagens e desvantagens em cada esteroide estudado. Seus critérios de análise foram: taxa de gestação, sangramento, distúrbios menstruais e realidade de financiamento. Segundo aborda em seu artigo, a taxa de gestação do levonorgestrel foi menor que a taxa do norgestrienona, porém problemas de sangramento ocorreram mais frequentemente em usuárias de levonorgestrel. A interrupção do uso em decorrência de distúrbios menstruais dentre as usuárias de levonorgestrel foi de 12%, ao passo que no grupo das usuárias de norgestrienona foi de 4%, uma diferença que parece significativa. De todo modo, ele atesta que a escolha entre os dois métodos ocorreu pela realidade de financiamento em que o fator chave foi a vantagem da duração da vida útil, enquanto o levonorgestrel duraria cinco anos, a norgestrienona seria de apenas um ano. Uma questão adicional foi o conhecimento sobre os dados de toxicidade disponíveis com relação ao levonorgestrel que em 1976 era o progestagênio mais utilizado em contraceptivos orais no mundo.

22 A minipílula também possuía em sua composição apenas progestagênios.

Segal ainda informa que o “sistema” incide sobre diferentes aspectos dos processos reprodutivos. Na maioria dos ciclos não ocorre ovulação, no entanto, sua atuação foi pensada principalmente a partir do engrossamento do muco cervical, o que inibe a penetração do espermatozóide, além de possuir um efeito supressor sobre o endométrio. A fertilidade seria recuperada logo após a remoção dos implantes e o principal efeito adverso seria a alteração dos padrões de sangramento, o principal motivo para a remoção por razões médicas (Segal, 1983).

Um objeto médico desenvolvido com a principal finalidade de distribuição para usuárias de países subdesenvolvidos no mundo certamente não prescindiria de uma boa análise em termos de realidade de financiamento pelos poderes públicos locais. Mais uma vez, reforça-se a característica de um objeto técnico que se faz através de uma força tarefa ensejada em uma estratégia biopolítica global. Ao desenvolver este objeto biomédico, a entidade norte-americana também projetou atores e práticas de pesquisas locais, em países específicos, conduzindo-os ao lugar de cientistas e legitimando suas práticas em um contexto de fortalecimento da legitimidade da ciência na sociedade e de crescimento da indústria farmacêutica no mundo.

2.4.3 A definição de uma marca: os implantes adquirem o seu registro comercial

A partir da definição da substância, partiu-se para a escolha do nome de uma marca comercial registrada, que foi selecionada pelo Population Council como Norplant®. O “esforço” iniciado nos laboratórios do Population Council também

requeriu envolvimento de empresas. Em 1983 a empresa finlandesa Leiras Pharmaceuticals de Turku foi licenciada pelo Population Council para produzir e distribuir os implantes Norplant®. Ao mesmo tempo, em torno do ICCR, que esteve envolvido na investigação bioquímica e clínica, constitui-se uma rede de pesquisadores com a missão de construir o projeto Norplant® (Segal, 1983). Os ensaios multicêntricos organizados em diversos países possuem um papel relevante, pois também estão envolvidos neste processo de afirmação e consolidação deste método (Reis, 1990).

Assim, em 1975, iniciou-se um estudo clínico multinacional em 6 países (Brasil, Chile, Dinamarca, República Dominicana, Finlândia e Jamaica) que se ampliou e, ao chegar em 1986 eram 25 países participantes de ensaios clínicos com o Norplant® em andamento. No decorrer desta década, o Norplant® foi aprovado para comercialização em diversos países, em 1983 iniciou a venda na Finlândia, em 1986 estava aprovado também na Suécia, Tailândia, Indonésia e Equador. Em 1987, República Dominicana, Colômbia, Peru e Venezuela também aprovaram e, finalmente, em 1990 nos Estados Unidos.

Como gostaria de destacar, o “nascimento” deste objeto farmacológico envolveu diferentes etapas e agregações de uma rede sociotécnica de atores humanos e não humanos, que, neste caso, envolveu substâncias, tubos de silicone, pesquisadores, instrumentos cortantes que perfuram a pele, hormônios sexuais, empresas, conceitos e mulheres usuárias. Sua constituição dependeu centralmente da estabilização de uma substância com um princípio ativo que, pode-se dizer, é um agenciamento particular de objetos, que se legitimam socialmente como medicamentos. Este processo de produção envolveu centralmente as testagens clínicas com toda sua profusão de conhecimentos, atores e práticas (Pignarre, 1999).

A produção deste “sistema” envolveu a produção de um “conceito” que não foi gerado espontaneamente, foi ativamente construído, passando pela “transferência” de conhecimentos biomédicos, a utilização de um dispositivo biomédico previamente utilizado em outras condições clínicas para a contracepção, como foi o caso do Silastic®, que era um dispositivo conhecido, testado e utilizado em outras situações clínicas. Ao mesmo tempo, houve a persistência dos sistemas de opinião em voga, que confiavam na possibilidade de um dispositivo que permitisse a maior eficácia contraceptiva com liberação prolongada, continuada e reversível, composto por uma substância “pura”, um hormônio, em seu interior.

Toda uma “maquinaria” esteve envolvida neste processo que envolveu uma rede complexa — desde médicos, pacientes, laboratórios — passando pela testagem, produção e comercialização (Pignarre, 1999). Todo o processo de preparação deste método contraceptivo, algumas vezes chamado “sistema”, constitui redes e associações que gravitam ao seu redor. No caso do Norplant, é necessário destacar que o desenvolvimento de seu protótipo esteve articulado às intencionalidades biopolíticas globais assumidas como uma força-tarefa pelo Population Council. Ao mesmo tempo em que ocorreu uma circulação de informações, técnicas, “modos de fazer”, houve o desenvolvimento de uma “expertise”, que foi se constituindo em interação nas redes de pesquisadores sobre contracepção, comunicando-se através de congressos, seminários, revistas de divulgação científica, além da órbita de instituições internacionais relacionadas ao tema da contracepção naquele momento, especificamente o Population Council.

O desenvolvimento do protótipo de uma marca registrada de implantes hormonais edificou também um protótipo de usuária, que pareceu diferente da usuária

da pílula oral contraceptiva, aquela residente em países subdesenvolvidos, cujos corpos estão abertos às intervenções médicas hormonais, cuja fertilidade deve ser controlada a partir de objetos técnicos e políticas internacionais.

2.4.4 A curta vida do Norplant ® no Brasil

O Population Council considerava que as pesquisas iniciais bioquímicas e o desenvolvimento do Norplant estavam essencialmente completos na década de 80, assim direcionou seus esforços para a difusão do produto, atentos para que as sensibilidades culturais não prejudicassem sua circulação. Neste sentido, sua principal estratégia neste período foi direcionada à aceitação cultural do produto (Population Council, 1980). Com este intuito, ao longo desta década, as pesquisas com o Norplant®, que se encontravam em fase III, seguindo a classificação do Food and Drug Administration (FDA), expandem-se por diversos países. Nesta fase, a droga deve ser testada em centenas de voluntárias em termos de segurança e eficácia²³.

Ainda que pesquisadores brasileiros estivessem envolvidos nas pesquisas com implantes contraceptivos desde suas pesquisas iniciais, antes mesmo da definição de uma marca registrada pelo Population Council, nesta fase os estudos se expandiram pelo país através de ensaios multicêntricos e adquiriram um caráter de difusão e rotinização desta técnica. O país se tornou ainda mais relevante no desenvolvido deste objeto

23 “As pesquisas clínicas são estudos realizados com humanos para medir os parâmetros de segurança e eficácia de novos medicamentos, sendo essencial para a chegada de novas alternativas terapêuticas no mercado. Estes ensaios são divididos em fases I, II, III e IV, de acordo com a quantidade de participantes e os objetivos específicos da cada etapa”. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/pesquisa-clinica>>, acesso em 13 de Abril de 2018.

farmacológico quando o Population Council planejou a construção de um banco de dados regional na América Latina montado em Campinas no CEMICAMP, que seria posteriormente incorporado a um banco de dados mundial na Carolina do Norte (Population Council, 1987).

Em 1984 iniciou-se a articulação para o desenvolvimento de um estudo colaborativo sobre Norplant® no Brasil que foi coordenado pelo Centro de Pesquisas e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP). O projeto enviado pela CEMICAMP à Divisão de Medicamentos, órgão da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (DIMED/SNIVS/MS), na ocasião o órgão responsável por controlar medicamentos do Ministério da Saúde no Brasil, chamava-se “estudo colaborativo de avaliação dos Implantes Anticoncepcionais Norplant(R)” e contaria com a assistência técnica do Population Council (Faúndes, s.d.).

No projeto original se apresentou o “estudo controlado” com a participação de 10 clínicas no Brasil com critérios de seleção das clínicas participantes, a explicitação sobre os “procedimentos clínicos”, os requisitos para a inclusão de mulheres, além de um Termo de Responsabilidade. O estudo teria sido aprovado em 10 de agosto de 1984 pelo então diretor do DIMED, Luiz Gonçalves Paulo. Após oito meses, mais de 1300 mulheres estariam no estudo e, em janeiro de 1986, mais de 3500 mulheres, segundo consta nos relatórios. Estes dados são relevantes para situar a rápida expansão de uma pesquisa com objetos hormonais no país (Faúndes, s.d.).

No decorrer dos meses subsequentes à aprovação da pesquisa pelo DIMED são enviados relatórios sobre o desenvolvimento da pesquisa com diversas alterações ao projeto inicial: desde inclusão de clínicas, até a inclusão de novas mulheres e a modificação do Termo de Responsabilidade. É possível perceber que o intuito inicial

de uma pesquisa em fase III, conforme mencionado, a questão da segurança, praticamente não aparece nos relatórios. As características da pesquisa estão mais relacionadas à difusão, divulgação, treinamento, criação de rotina e prática, assim como construção de aceitabilidade e factibilidade, ou seja, criar um ambiente para que este método seja aceito. Esta análise converge com os apontamentos de Ana Reis:

Em outras palavras, os testes não dizem respeito tanto da análise detalhada de cada reação da mulher a uma nova droga, mas sim da preocupação na formação de estratégias para o estabelecimento do método, incentivando-o a ser aceito por mulheres, e motivar os médicos e enfermeiros a recomendá-lo. São testes que usam técnicas de marketing, em vez de clínicos e epidemiológicos (Reis, 1990)²⁴.

No dia 22 de Janeiro de 1986, a DIMED cancelou a autorização para a realização da Pesquisa Clínica com o produto Norplant® através de portaria publicada no Diário Oficial da União. O documento aponta as justificativas para o cancelamento: a pesquisa utilizava um termo de responsabilidade com “inúmeras irregularidades”, não considerava as determinações do Termo de Conhecimento de Risco da portaria do DIMED nº 16 de 27 de novembro de 1981; as fichas de admissão e acompanhamento não ofereciam informações suficientes para avaliação adequada do produto; os relatórios apresentavam contradições entre eles, não garantiam homogeneidade nos procedimentos; houve aumento de centros participantes da pesquisa sem autorização prévia do DIMED; o produto estava sendo utilizado sem considerar o artigo 24 da lei 6360/76 (Faúndes, s.d.).

24 Do original: In other words, the tests do not concern so much detailed analysis of each reaction of the woman to a new drug, but rather concern forming strategies for establishing the method, encouraging it to be accepted by women, and motivating doctors and nurses to recommend it. They are tests that use marketing techniques rather than clinical and epidemiological ones.

A década de 1980 foi um período de efervescências políticas no Brasil, que está passando pelo seu período de redemocratização com mudanças significativas no plano institucional com a presença de novos personagens na cena política nacional, incidindo em agendas políticas, temas e definições de políticas públicas e ações governamentais. Neste sentido, o cancelamento das pesquisas com o Norplant® pode ser atribuído a maior porosidade do Estado à presença de atores políticos engajados nos movimentos de reforma sanitária, movimentos de mulheres e feministas, que, por sua vez, conseguiram se articular decisivamente técnica e politicamente neste caso em específico.

A retirada das pesquisas do Norplant® no Brasil se fundamentou na articulação de duas discussões. A primeira delas seriam as questões relacionadas aos problemas éticos com as pesquisas no Brasil. A pesquisa com o implante, segundo constou no documento, não considerou a legislação vigente no país sobre pesquisa e medicamentos, justificativas apresentadas no Diário Oficial, como apontado acima. A segunda questão esteve fundada na afirmação de que o Norplant® estaria atualizando o debate neomalthusiano de controle de natalidade, na medida em que se apresentava como uma solução tecnológica oferecida exclusivamente para mulheres pobres em função da definição autoritária de sua fertilidade como um problema social.

Pesquisadores envolvidos com a pesquisa do Norplant®, além de médicos ginecologistas e outros médicos, reagiram a medida de cancelamento das pesquisas, reafirmando a relevância da autonomia científica para o desenvolvimento dos estudos e pesquisas, além da importância do método contraceptivo em questão, que, segundo este grupo de pesquisadores, representava uma possibilidade de escolha para a mulher.

O caso Norplant® é significativo pois possibilitou a abertura de discussões, habitualmente restritas ao ambiente acadêmico, extrapolando os limites biomédicos e acadêmicos. Quando saiu do laboratório, o Norplant se imiscuiu de outros sentidos e noções, produziu outras relações e associações, trouxe à tona debates éticos, legais e médicos sobre controle de fertilidade e a respeito da presença de mulheres em práticas de pesquisa.

O protótipo de usuária desenvolvida nos laboratórios do Population Council, tal seja, mulheres de países subdesenvolvidos que devem ter sua fertilidade controlada, que recebem passivamente objetos técnicos em seus corpos, cujas alterações de fluxos menstruais seriam irrelevantes, foi completamente desvirtuado. No Brasil, muitas mulheres reivindicaram a retirada dos implantes em função das alterações de sangramento, como não foram ouvidas, recorreram aos meios de comunicação e encontraram um terreno institucional propício aos seus questionamentos.

No caso do Brasil, diferentemente de sua situação em diversos outros países, onde foi aprovado, a circulação deste objeto biomédico foi proibida pelo órgão oficial responsável por medicamentos à época e não retornou. Ainda que sua vida tenha encontrado outras dificuldades em países pelo mundo, como nos Estados Unidos²⁵, ele segue um produto comercializado em diversos países, porém, no Brasil, o Norplant® não chegou a ser comercializado.

O Norplant® não sobreviveu no Brasil, mas outros subdérmicos circulam desde a década de 1990, desde implantes produzidos por indústrias, como o Implanon®, até uma outra modalidade fabricada pela Elmeco, farmácia de manipulação de propriedade

25 Um exemplo significativo é nos Estados Unidos, que ele deixou de circular por inviabilidade financeira. Após diversos processos coletivos apresentados por mulheres negras no país, a empresa responsável pela comercialização do produto deixou de vendê-lo, pois deixou de ser rentável. Para maiores informações, ver Watkins, 2010 e 2012.

do médico e cientista Elsimar Coutinho, na cidade de Salvador, Bahia, que disponibiliza atualmente seis tipos de substâncias, produzidas de maneira manipulada.

2.5 Os hormônios farmacológicos na atualidade: objetos múltiplos em fluxos contínuos

Na atualidade, temos a impressão de que há uma profusão de métodos e tecnologias farmacológicas hormonais em contínua e larga expansão. É possível encontrar distintas formas de administração (oral, injetável, implante, dentre outras) e diversas finalidades de usos (mencionadas na introdução). Mesmo assim, Watkins (2012) afirma que no mundo da contracepção, a inovação científica e tecnológica estão “moribundas” há décadas. Segundo destaca, isso ocorreu, em grande medida, porque as grandes indústrias farmacêuticas retiraram suas atenções deste foco, ela exemplifica afirmando que havia 13 grandes pesquisas farmacêuticas pesquisando contracepção em 1970 e, em 1987, apenas 4.

Isso não significa que o mercado da contracepção permaneceu o mesmo, ao contrário, ela descreve duas alterações: primeiro, houve um processo de expansão de pequenas empresas de biotecnologia voltadas à contracepção; segundo, a *big pharma* mudou a maneira como comercializa os contraceptivos (Watkins, 2012).

Segundo a autora, entre a década de 1960 e 1980, as empresas farmacêuticas anunciavam as pílulas evidenciando e destacando sua finalidade contraceptiva. A propaganda direta ao consumidor nos Estados Unidos era proibida até a década de 1980,

assim, os anúncios se situavam nas revistas médicas e se direcionavam ao papel dos médicos no planejamento familiar e seus benefícios para a mulher. É importante destacar que as propagandas das empresas farmacêuticas sempre tiveram como foco a venda para consultórios particulares individualizadas, nunca pela saúde pública (Watkins, 2012).

Ao longo da década de 1990, as indústrias alteraram o foco de comercialização dos métodos contraceptivos que, segundo Watkins reforça, estiveram relacionadas às decisões de marketing e não em função de decisões científicas. Houve um distanciamento do foco no controle da fertilidade e começaram a ser inseridas em uma proposta de *drogas de estilo de vida*, termo cunhado em 1978, que se direciona a finalidades de tratamento de condições menos graves, assim como outros usos, como cosméticos, recreativos, para melhoria da “qualidade de vida” ou para finalidades de *aprimoramento corporal* (Watkins, 2012). Tais medicamentos se inscrevem em uma semântica de tornar a vida mais “confortável e agradável”, constituindo novas performances e estilos de vida, proporcionando uma vida “mais do que boa (Nucci, 2012)

As campanhas publicitárias das pílulas têm se focado cada vez mais no “estilo de vida”, no caso das pílulas de terceira geração, elas se apresentam como um produto direcionado ao “estilo de vida da mulher moderna”. Manica (2009) analisou textos de marketing de contraceptivos nas últimas décadas e trouxe um exemplo sobre a divulgação do implante subdérmico Implanon® que afirmava “Ser moderna é contar com mais praticidade no dia-a-dia”. Uma outra parte do material de divulgação

analisados continha o seguinte texto “Já estava na hora das mulheres conquistarem mais liberdade. E, desta vez, vai ser no braço” (Manica, 2009, pp. 26 - 27)²⁶.

As modificações em torno da indústria da contracepção não estão desarticuladas das modificações mais gerais no cenário da indústria farmacêutica global. Ao longo da década de 1990, o mercado farmacêutico passou por completa reestruturação com o objetivo de ampliar sua rentabilidade em três sentidos: o primeiro foi a incrementação das estratégias de marketing; o segundo esteve direcionado a diversificação de seu portfólio (que envolveu a incorporação de outras áreas, como produtos de higiene, cosméticos, cuidado pessoal, nutrição, dietética e saúde animal); por fim, a indústria adotou outro mecanismo para elevar suas vendas, que foi relançar medicamentos já existentes com outras indicações ou pequenas modificações nas formulações (Kornis et al, 2014). Além disso, investe na produção de medicamentos genéricos e acirramento da centralização do processo decisório e das atividades de pesquisa nos países “centrais”.

A modificação do cenário do mercado farmacêutico global certamente contribuiu decisivamente para a emergência dos objetos farmacológicos, que estamos investigando. No caso brasileiro, a existência de um tipo de indústria farmacêutica em particular será a responsável pela fabricação dos implantes hormonais subdérmicos, como analisarei no próximo tópico.

2.6 A produção magistral de medicamentos ou a manipulação de medicamentos

26 O Implanon® geralmente é inserido no antebraço das mulheres.

É comum encontrar em manuais de práticas de manipulação e páginas na internet, que a produção manipulada de medicamentos seria o retorno da forma tradicional de produção, que existiu desde a antiguidade até o advento da indústria farmacêutica. Nesta narrativa, o advento da Indústria Farmacêutica teria sido responsável pelo declínio da prática de manipulação de medicamentos, que tem reemergido desde a década de 1980, quando “a manipulação de medicamentos personalizados por farmacêuticos aumentou, tendo emergido como uma especialidade para alguns farmacêuticos” (Thompson, 2013).

Certamente alguns aspectos da prática de manipulação mais contemporânea guardam algumas relações com a produção de objetos terapêuticos desde a antiguidade, por exemplo, ocorre o vínculo mais próximo entre aquele que produz e o próprio medicamento, a sua produção pode ocorrer de maneira individual direcionada à finalidade específica, a produção geralmente ocorre no mesmo local da distribuição da substância. Mesmo assim, penso que se trata de processos bastante diferenciados em contextos muito diferentes. As noções de doença, saúde, assistência e corpo foram completamente modificadas e nos dificulta estabelecer uma dinâmica relacional direta entre a *manipulação* na contemporaneidade e o *fazer terapêutico* desde a antiguidade.

Fato é que existe diferenciação entre *manipulação de medicamentos* e *produção industrial de medicamentos*, que parece relevante para os objetivos deste trabalho. O livro de Thompson, utilizado em alguns cursos de graduação de farmácia, afirma:

muito importante definir e distinguir manipulação farmacêutica de fabricação farmacêutica, visto que a primeira é uma parte da prática profissional, uma função essencialmente regulada por leis estaduais,

aplicadas por agências governamentais estaduais, enquanto a segunda é regulada pela Food and Drug Administration (FDA) por meio da Federal Food, Drug, and Cosmetic Act (FDCA) (Thompson, 2013, pp. 156).

A partir dessa afirmação, a ênfase do autor está nas diferenciações normativas entre diferentes órgãos dos Estados Unidos, situa as definições de cada um destes órgãos até a última definição que, segundo consta, seria uma decisão do Supremo Tribunal dos Estados Unidos de 2002 que “tratou da aplicação da lei federal para manipulação farmacêutica” que comunicou a “essência da manipulação de medicamentos” que, segundo consta: “A manipulação de medicamentos é um processo pelo qual um farmacêutico ou médico, mistura, ou altera ingredientes para criar um medicamento direcionado às necessidades de cada paciente” (Thompson, 2013, pp.157).

Tais aspectos parecem diferentes da situação brasileira que regulamenta a prática de manipulação. no Brasil, a prática de manipulação é regulamentada pela Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC Nº 67 de 8 de outubro de 2007, que “Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias” em que define manipulação como o “conjunto de operações farmacotécnicas, com a finalidade de elaborar preparações magistrais e oficiais e fracionar especialidades farmacêuticas para uso humano”. Por sua vez, define também *preparação magistral*, como “aquela preparada na farmácia, a partir de uma prescrição de profissional habilitado, destinada a um paciente individualizado, e que estabeleça em detalhes sua composição, forma farmacêutica, posologia e modo de usar” e *preparação oficial*, “é aquela preparada na farmácia, cuja fórmula esteja inscrita no Formulário Nacional ou em Formulários

Internacionais reconhecidos pela ANVISA”. A *Especialidade farmacêutica* é o “produto oriundo da indústria farmacêutica com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária e disponível no mercado”²⁷.

A partir da regulamentação brasileira, em linhas gerais, o que se pode afirmar é que a característica básica da manipulação é que sua produção ocorre individualmente, envolvendo, ao mesmo tempo, um tipo de prática e um tipo de fabricação, que seguem algumas prerrogativas: a produção se inicia a partir de uma prescrição de um profissional (não necessariamente médico, mas “habilitado”, segundo a RDC); a prescrição deve conter os detalhes da composição (forma farmacêutica, posologia e modo de usar); ela se direciona a um “paciente individualizado”, portanto, a produção ocorre por uma demanda; pressupõe uma relação mais direta entre produção e destinatário, que é chamado “paciente” na RDC; é preparada na farmácia sob responsabilidade de um farmacêutico, o que não significa necessariamente que o farmacêutico realize o processo, pode ser um técnico em manipulação. Ainda com relação ao tipo de produção, ela tem prerrogativa para fracionar produtos oriundos da indústria farmacêutica e produzir produtos que não estejam disponíveis pela indústria farmacêutica e, neste caso, eles devem constar no Formulário nacional ou formulários internacionais, reconhecidos pela Anvisa.

Thompson afirma, utilizando como referência o capítulo 795 do *Pharmaceutical Compounding - Nonsterile Preparations* que existem três características que diferenciam a manipulação da fabricação: “a existência de relacionamento específico profissional - paciente - manipulador; a quantidade de medicamento preparado na

27 RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 67, DE 8 DE OUTUBRO DE 2007. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-67-de-8-de-outubro-de-2007>.

antecipação de receber uma prescrição; e as condições de venda, que são limitadas às prescrições específicas” (Thompson, 2013, pp. 157).

No caso brasileiro, parece-me que a manipulação estaria muito mais relacionada a um tipo de fabricação do que necessariamente a uma prática do farmacêutico na medida em que ela envolve um fazer medicamento, uma maneira de se constituir em diversas etapas este produto farmacológico, assim como ocorre com a fabricação. É uma produção que envolve centralmente o farmacêutico, mas o extrapola na medida que envolve toda uma cadeia produtiva com normativas técnicas, substâncias e políticas.

Neste sentido, a manipulação que emerge desde a década de 1980, que tem se expandido vertiginosamente desde este período, parece se situar muito mais no âmbito da reformulação do mercado farmacêutico que precisa se modificar para expandir e para atender às expectativas dos emergentes sujeitos consumidores de estilos de vida e de potenciais projetos de vida. Trata-se, ao mesmo tempo, de uma análise de mercado local associada às modificações das compreensões mais gerais sobre saúde e mercado farmacêutico que, diga-se de passagem, são processos co-constitutivos.

Silva et al (2010) contextualiza a problemática envolvida na manipulação de medicamentos no país, cuja monitoração e avaliação aparece como frágil na atualidade e, dessa maneira, não cumpre as condições de garantir o binômio indissociável de segurança e eficácia dos medicamentos produzidos por este tipo de empresa. A autora ainda afirma que as farmácias de manipulação vêm se expandindo e “vendendo a ideia de medicamento personalizados” sem a correlata fiscalização e cumprimento da sua finalidade, que seria a supressão de lacunas de medicamentos não disponíveis no mercado e necessários a um paciente específico” (Silva *et al*, 2010).

O papel social das farmácias de manipulação não está explicitamente estabelecido no país, donde se conclui, que elas operam em uma lacuna sobre a sua relevância e finalidade. Ainda que existam normativas técnicas sobre a produção de medicamentos, não existem restrições à manipulação de qualquer fármaco, os usuários estão expostos às situações que vão desde os usos de princípios ativos sem comprovação científica, usos controversos de diversos fármacos, incluindo, as substâncias psicoativas e androgênicas, além de sonegação de informação aos usuários.

Ainda assim, o mercado farmacêutico de manipulação segue em franca expansão, conforme destacarei no próximo tópico.

2.7 Mercado farmacêutico de manipulação

O mercado farmacêutico brasileiro é um dos maiores do mundo e, muito embora seja difícil encontrar uma informação precisa, estima-se que os produtos manipulados correspondam atualmente a 10% do mercado farmacêutico no Brasil com mais de 60 milhões de receitas manipuladas ao ano. O mercado magistral voltou a crescer a partir da década de 1980 e, desde 1990, ao longo dos últimos 17 anos, cresceu 73%, segundo

a Associação Nacional dos Farmacêuticos Magistrais – Anfarmag²⁸ e hoje é o maior mercado de manipulação do mundo²⁹.

A Anfarmag realizou uma pesquisa³⁰ com proprietários de farmácias de manipulação de todo o país para “traçar o perfil das empresas e dos empresários que atuam no setor”. A publicação o *Panorama Setorial - Farmácias de Manipulação Brasileiras 2015-2016*³¹ foi apresentada no Congresso Consulfarma que, segundo informa, é o maior evento do setor magistral do mundo. O objetivo da pesquisa “foi renovar as informações sobre o setor”, segundo informa a publicação, a metodologia utilizada foi entrevista por telefone que respeitou a proporção de farmácias de manipulação distribuídas pelo país. Naquele ano seriam aproximadamente 7200 farmácias, gerando 90 mil empregos diretos no país, as cifras movimentadas variam de acordo com a fonte, entre 800 milhões³² e 5 bilhões de reais ao ano³³.

O setor é composto majoritariamente por microempresas de propriedade de farmacêuticos em que 71% das farmácias de manipulação são de propriedade de mulheres, o que difere da Elmeco em parte, pois a empresa é de propriedade de Elsimar Coutinho, mas é coordenada e administrada por mulheres. Entre os empresários e empresárias, 63% têm entre 35 e 55 anos, sendo a idade média de 43, 5 anos; 88% dos

28 Criada em 16 de abril de 1986, a Associação Nacional de Farmacêuticos Magistrais foi idealizada por um grupo de farmacêuticos proprietários de farmácias magistrais (conhecida pela população como farmácia de manipulação) com o objetivo de valorizar a instituição farmacêutica. Disponível em: <<http://www.anfarmag.com.br/historico>>. Disponível em 14 de Agosto de 2017.

29 Disponível em <http://boaspraticasnet.com.br/formulas-manipuladas-conquistam-o-consumidor-brasileiro/>

30 Disponível em: <<http://www.infomoney.com.br/negocios/noticias-corporativas/noticia/5280095/pesquisa-revela-perfil-mercado-farmacias-manipulacao-brasil>> . Acesso em 14 de Agosto de 2017.

31 A publicação completa está disponível e pode ser acessada no link: <https://issuu.com/anfarmag/docs/anfarmag_parorama_setorial_2015_2016>

32 Disponível em: <http://portal.crfsp.org.br/index.php/comunicacao/crf-sp-na-midia-/349-manipulados-ou-industrializados-.html>

33 Disponível em <https://www.terra.com.br/noticias/dino/farmacias-de-manipulacao-resistem-a-crise-e-setor-deve-movimentar-5-bilhoes-de-reais-no-ano,7d795648945b32a59ccf86eccc5928ds65hsa87.html>

proprietários cuidam diretamente da administração da farmácia e apenas 12% contrata algum tipo de profissional para dividir essa responsabilidade. A maioria desempenha múltiplas funções no negócio: sócio-proprietário, responsável técnico e administrador (Anfarmag, 2015-2016).

Com relação ao porte das empresas, 94% delas são microempresas, 79% têm apenas uma unidade e, a publicação também divulga que,

ao contrário de outros negócios da cadeia da saúde e do comércio, as farmácias de manipulação são, principalmente, negócios independentes e de pequeno porte - empresas abertas por profissionais graduados em farmácia que enxergaram na iniciativa própria uma possibilidade de satisfação profissional e de renda (Anfarmag, 2015-2016).

Existe uma média de 12 funcionários por empresa onde a metade trabalha diretamente com a manipulação de produtos e medicamentos. Em 2015, no contexto de “crise econômica”, 73% afirmou aumento ou estabilidade do faturamento nos últimos anos, mais especificamente, 39% aumentou seu faturamento, 27% manteve-se estável e 34% diminuiu de faturamento.

Como os medicamentos e produtos são preparados a partir das prescrições médicas, a publicação destaca que “ a comunicação e a propaganda médica são peças chaves para a farmácia de manipulação” (Anfarmag, 2015-2016, pp.29) e ressalta que 49% dos empresários realiza divulgação direcionada a prescritores, destacando que este número poderia dobrar com a prática mais regular de “visita ao prescritor”, que, inclusive, é apontada como “o caminho para a farmácia se posicionar no mercado e se tornar conhecida”.

Para além disso, seguindo a tendência do mercado da indústria farmacêutica global, as farmácias de manipulação têm se direcionado para o que chamam de “oportunidade de se trabalhar com novos segmentos, como cosméticos e suplementos”, direcionando-se para este objetivo (Anfarmag, 2015-2016).

Em entrevista ao portal terra, o farmacêutico Lucas Portilho, que foi diretor científico do 11º Congresso Internacional Consulfarma, ocorrido em 2015, destaca que um dos “segredos do crescimento é o custo-benefício dos produtos, feitos sob medida”. Ainda menciona que “muitas novidades acabam chegando às farmácias de manipulação antes mesmo de serem lançadas pela indústria”. Por fim, segundo o entrevistado: "A farmácia de manipulação não oferece só remédio. Oferece bem-estar em forma de suplementos, cosméticos, aromaterapia e produtos que melhoram a estética do paciente. O brasileiro é vaidoso e a farmácia de manipulação tem tudo que ele precisa para melhorar sua autoestima"³⁴.

A criação da Elmeco, farmácia de manipulação responsável pela produção dos implantes hormonais subdérmicos, surgiu na década de 1990 no contexto de crescimento da prática de manipulação no Brasil, e, ao mesmo tempo, no contexto de reorganização da indústria farmacêutica global, conforme destaquei. Um processo comum que envolve normativas legais, políticas públicas, a reorganização da indústria farmacêutica, além do crescimento do consumo de medicamentos em geral e uma demanda específica por drogas de estilos de vida e direcionadas às estratégias de aprimoramento corporal. Em síntese, o surgimento da Elmeco e o crescimento das farmácias de manipulação se inserem, em uma perspectiva de *farmacologização* da

34 Disponível em: <<https://www.terra.com.br/noticias/dino/farmacias-de-manipulacao-resistem-a-crise-e-setor-deve-movimentar-5-bilhoes-de-reais-no-ano,7d795648945b32a59ccf86eccc5928ds65hsa87.html>>

sociedade, em que “aspectos da vida cotidiana, comportamentais ou corporais são tratadas ou consideradas (ou julgadas) em termos de necessidade de tratamento com drogas médicas por médicos ou pacientes” (Abraham,2009, pp. 100). A indústria farmacêutica se tornou um ator fundamental na medicalização das sociedades e a versão de produção manipulada é o meu intuito investigativo mais preciso.

3 APRIMORAMENTO CORPO-OBJETO

Vivemos um processo extensivo de redefinição dos limites corporais impulsionados por diferentes tipos de objetos e tecnologias. Uma gama cada vez mais diversificada de procedimentos com múltiplas finalidades de modificação corporal está em curso, sejam elas práticas artísticas, estéticas, cosméticas, químicas, genéticas, diversas são as iniciativas direcionadas às alterações do corpo humano, sejam relacionadas à saúde, ao bem-estar, à felicidade, ao melhoramento cognitivo, psíquico ou motor, a prevenção de doenças ou riscos, dentre diversas outras.

Algumas destas modificações podem ser bastante antigas, como é o caso do uso de tatuagens e piercings, outras têm se viabilizado nos últimos anos, como podemos ver o surgimento do biohacking³⁵ no final dos anos 1990. Em cada uma destas práticas, é

35 As práticas de biohacking se baseiam na melhora de capacidades e performances humanas sem através do conhecimento (abordagem não interventiva) ou da implantação de chips e próteses, dentre outros dispositivos, cujo objetivo de transformação em ciborgues (abordagem interventiva). Um exemplo de abordagem “não interventiva” é o uso de jejum intermitente para “aumentar os níveis de energia”, de outro lado, um exemplo de abordagem interventiva seria o implante de ímãs com o intuito de desenvolver um sexto sentido através dos campos magnéticos, o que poderia ampliar a percepção da

possível encontrar sentidos e significados relacionados às modificações corporais. Na *body art*, por exemplo, o corpo é a fonte de criação, torna-se o “material destinado às fantasias, às provocações, às intervenções concretas” (Le Breton, 2013, pp.45). Em outro sentido, no *body building*³⁶, que ficou conhecido como fisioculturismo ou simplesmente culturismo, o corpo se transforma em uma espécie de máquina em que “o eu ostenta-se na superfície do corpo numa forma hiperbólica; a identidade é modelada nos músculos como uma produção pessoal e dominável” (Le Breton, 2013, pp.41).

Muitos são os procedimentos, objetos e substâncias envolvidos nos processos de modificação corporal. Em grande parte das vezes, pode se tornar uma tarefa inexecutável a diferenciação precisa entre os tipos e técnicas relacionados às transformações corporais. Ao mesmo tempo, diante desta pluralidade de intervenções, um mesmo objeto pode estar relacionado a finalidades completamente diferentes e performar realidades distintas. Por exemplo, um bisturi ou um trocáter³⁷ podem ser utilizados em um procedimento estético ou em uma intervenção com finalidade terapêutica médica. Um tubo de silicone implantado, objeto de interesse desta tese, também pode ser introduzido em diferentes profundidades do corpo e pode ser utilizado com finalidades completamente distintas. Estes artefatos podem ser inseridos no interior de uma veia profunda com a finalidade de realizar infusões de sangue, administração de

realidade através da habilidade de sentir vibrações e ondas, que não são detectadas por pessoas comuns ou *normais*.

36 A prática se baseia centralmente em um exercício de resistência em que o corpo se torna um projeto apoiado no desafio de romper limites. As competições apresentam os critérios de beleza, simetria corporal, quantidade de peso levantado, densidade e ornamentação corporal. Trata-se de uma competição da forma que representa o eu. A rotina se baseia em cálculos e disciplinas, mas é importante ressaltar que o treinamento não é apenas uma metodologia, ele funciona como “uma forma ascética de uma existência dedicada aos músculos e aparência, uma liturgia do corpo a ser modelado sem trégua” (Le Breton, 2013, pp. 41).

37 Em técnicas cirúrgicas, trata-se de um instrumento com extremidade cortante cuja finalidade é estabelecer o acesso cirúrgico para inserção de outros instrumentos cirúrgicos. No caso dos implantes, o trocáter manteve sua habitual função perfurante, mas ele mesmo é o instrumento cirúrgico, na medida em que ele garante a inserção do silicone diretamente.

medicamentos, nutrição, além da infusão de quimioterápicos para o tratamento do câncer. De outro modo, os tubetes de silicone também podem ser inseridos no tecido subcutâneo e conter substâncias químicas, tais como hormônios, com outras finalidades completamente distintas, tais como, ampliar a libido, tonificar a musculatura ou suprimir a menstruação. Os mesmos tubos de silicone ainda podem ser utilizados para implantes subdérmicos na *body art e body modification*.

O que parece comum nas diferentes práticas de modificação corporal com seus diversos tipos de objetos é que o corpo se tornou um alvo de intervenções em potencial, deixou de ter um destino biológico a que devemos nos adequar e se tornou um alvo cada vez mais manipulável, flexível e miniaturizado de intervenções e combinações em seus múltiplos e heterogêneos elementos constitutivos. Ao mesmo tempo que a biologia mesma tem sido reconfigurada a partir destes intrincados fluxos híbridos, nós nos tornamos cada vez mais indivíduos somáticos. Se estão disponíveis tantas práticas de atuação cada vez mais diversificadas sobre este “aplanado aberto”, alguns desconfiam seriamente que o orgânico se tornou obsoleto, ao passo que, tantos outros afirmam que “estamos engajados com o replanejamento biológico da vitalidade” (Rose, 2013).

As ciências e tecnologias são fundamentais para este processo constante de redescritção dos limites corporais que, por sua vez, incidem na maneira como pensamos e agimos sobre o corpo e sobre a vida mais amplamente. A narrativa dominante a respeito do encontro entre corpo e técnica é permeada por metáforas de fantasia e ficção científica onde estão presentes enredos com histórias de buscas contínuas, mistérios, perigos, aventuras heróicas de superação e salvação, além de noções de guerra e competição. Os cenários envolvem metais e plásticos, bisturis, luvas, assepsia, que almejam enfrentar a materialidade da carne com seus fluidos corporais. No estudo que

aqui se apresenta, o sangue, relacionado à menstruação, é predominantemente percebido como uma matéria suja e tóxica, que irrompe nos momentos mais importunos, um resíduo desconfortável e incômodo, importunando a ilusão de controle total do biológico.

De fato, embora existam múltiplas práticas direcionadas ao corpo, algumas delas têm sido mais decisivas na maneira como hoje compreendemos nossas vitalidades e conduzimos nossas vidas orgânicas. Particularmente, a biomedicina e as biotecnologias se tornaram a maneira dominante como pensamos, compreendemos e atuamos sobre os corpos vivos (Le Breton, 2013; Rose, 2013). Neste trabalho, estou interessada, particularmente, em um tipo específico de modificação corporal, àquela relacionada ao aprimoramento biomédico.

O aprimoramento biomédico, por sua vez, tornou-se um tema de interesse e alvo de intensos debates nos últimos anos. As preocupações com a questão se aprofundaram após o desenvolvimento da terapia genética no final da década de 1980, momento que coincide com mudanças estruturais nas relações entre saúde, biotecnologia e políticas em nossas sociedades ocidentais. As principais preocupações relacionadas ao aprimoramento médico estiveram calcadas nas potencialidades particularmente poderosas oriundas do desenvolvimento da engenharia genética. Neste bojo de debates, localizou-se duas possibilidades de intervenção em termos de aprimoramento a partir da genética: a primeira seria a melhoria de uma característica ou capacidade que estaria dentro do que é aceito como “normalidade” para os humanos; a segunda seria a instalação de uma nova capacidade ou característica ainda não presente. No primeiro caso, poderíamos incluir, as melhorias de habilidades cognitivas, desempenho físico ou tamanho e função corporais ampliados. No segundo caso, poderia se exemplificar

através da inclusão de capacidades tais como “ver claramente à noite, brilhar no escuro, ou crescer asas”³⁸ (Slater, 2001).

Se, de um lado, a segunda preocupação está mais próxima das histórias de ficção científica, por outro lado, cada vez mais surgem tecnologias relacionadas às possibilidades de aprimorar³⁹ características e traços humanos em técnicas cada vez mais sofisticadas com objetivos cada vez mais particularizadas. Ao mesmo tempo, estas diferentes técnicas, que envolvem objetos e instrumentos, podem se encontrar nos corpos das mesmas pessoas, em salas de consultórios médicos ou estéticos, estúdios de arte e mesmo em laboratórios farmacêuticos direcionados à prática de manipulação. O trânsito mais contemporâneo dos implantes hormonais subdérmicos se estabelece em torno destas noções de autoaperfeiçoamento da nossa sociedade contemporânea. O aprimoramento biomédico inclui drogas, cirurgias e outros objetos de intervenções médicas com o intuito de melhorar a mente, o corpo ou a performance (Conrad, 2007, pp.70).

A preocupação com a melhoria de aspectos e características relacionados à saúde e à vida humana não é algo recente. Nós nos dedicamos a colorir nossos cabelos, realizar exercícios físicos, desenvolver atividades com finalidade de nos tornarmos mais longevos e felizes; participamos de cursos especiais, atividades culturais para ampliarmos nossas capacidades cognitivas ou pelo menos nos aparentarmos mais inteligentes. O uso de cosméticos, pinturas e itens para adornar o corpo é bastante antigo. Cada vez mais rotineira é a incorporação de suplementos alimentares e polivitamínicos com finalidades também cada vez mais dispersas. Os pais se preocupam

38 Para conhecer tais debates, ver Slater, 2001.

39 Em inglês, o termo habitualmente utilizado é *enhancement*. Em português temos utilizado aprimoramento e melhoramento, em grande parte das vezes, como sinônimos.

com o engrandecimento intelectual e moral de seus filhos e se engajam em diferentes atividades com estas finalidades. Se nossa preocupação em melhorar nossa saúde e nosso corpo data de tempos imemoriais, por que cada vez mais nos preocupamos com a questão do *aprimoramento corporal*? Aliás, como seria possível definir *aprimoramento* nos nossos contextos atuais?

Até este ponto temos utilizado as palavras *modificação*, *aprimoramento* e *melhoramento* de maneira praticamente indistinta. Apesar de *modificação* não ser o verbete mais comumente utilizado para descrever as modificações relacionadas à biomedicina, muitas das vezes eu dei preferência à sua utilização por duas motivações: a primeira delas é que ela carrega uma abertura semântica interessante, que contribui para uma observação menos constricta dos processos; relacionado ao anterior, o segundo motivo enfatiza a possibilidade deste termo relacionar diferentes tipos de práticas, em cenários díspares — desde salas de cirurgia, estúdios de tatuagem e arte, até centros de estética. Pareceu-me interessante abandonar de partida a pressuposição da possibilidade de diferenciação entre práticas médicas e não-médicas e, para além disso, perceber como essas diferentes práticas se encontram e se distanciam. A partir deste movimento, proponho observar as práticas desenvolvidas no seio da biomedicina contemporânea dentro de um processo que também ocorre por fora e, assim, tentar enxergar as linearidades.

Apesar deste esforço, *modificação* não é uma palavra neutra ou inocente, ela está relacionada ao conjunto de estratégias relacionadas às transformações corporais e têm sido amplamente debatidas e estudadas nos campos das artes, design, psicologia, dentre outros. Da mesma forma, a palavra habitualmente empregada no campo da biomedicina para descrever o fenômeno que me interessa, em particular, é *aperfeiçoamento* ou

*melhoramento*⁴⁰. O termo tem sido amplamente utilizado em bioética, neste sentido, uma definição bastante consagrada situa-o como “intervenções destinadas a melhorar a forma humana ou o funcionamento além do necessário para sustentar ou restaurar a boa saúde”⁴¹ (Juengst, 1998, p.29). Neste sentido, as intervenções voltadas ao aprimoramento seriam aquelas direcionadas à forma ou função humanas, mas não relacionadas diretamente ao que se consideraria *necessidades médicas ou necessidades de saúde*. Por sua vez, as necessidades médicas seriam definidas: 1) em termos de doença ou comprometimentos; 2) desvios do funcionamento normal; 3) referente à ideologia médica prevalente (DeGrazia, 2005). Nesta acepção, a definição de *melhoramento* se fez em contraste ao uso de *tratamento e terapia*. Posteriormente, alguns autores também incluíram a *prevenção* como uma distinção do aprimoramento (Parens, 1998)⁴².

Em um outro sentido, o aprimoramento também poderia ser definido pelos seus meios, ou seja, alguns métodos utilizados para o autoaperfeiçoamento seriam considerados naturais e virtuosos, logo, não seriam considerados uma forma de aprimoramento — como exemplo, o treinamento vigoroso para adquirir hipertrofia muscular ou mesmo o uso de óculos, que é um artefato externo, mas habitualmente não é definido como aprimoramento biomédico. De outro lado, alguns outros meios,

40 Utilizarei aprimoramento e melhoramento como sinônimos ao longo do texto.

41 Do original: “interventions designed to improve human form or functioning beyond what is necessary to sustain or restore good health”.

42 É interessante mencionar que *modificação* também é um termo bastante utilizado nos cenários de alterações corporais, porém, tem sido utilizada mais espontaneamente em espaços relacionados a arte e performance corporal e não é habitualmente mencionada na cultura biomédica. Uma definição encontrada na internet afirma que ela está relacionada a “alterações do corpo por razões não médicas” onde seriam consideradas práticas de modificação como, o piercing, a tatuagem, escarificação, queimadura e mutilações, dentre outras. Se concordarmos com essa sugestão, modificação seria uma prática não médica, neste sentido, seria ainda mais complicado estabelecer parâmetros para a utilização destes termos. Vou continuar seguindo e utilizando os termos aprimoramento e melhoramento, pois o conjunto das literaturas científicas que abordam a problemática que estou interessada se sustenta nestes termos.

considerados artificiais, estariam identificados como melhoramento, tais como o uso de esteroides e outros objetos farmacológicos para a mesma finalidade. Nesta acepção, é possível encontrar uma hierarquização valorativa entre os usos *natural* e *artificial* (Conrad, 2007).

O que constitui mesmo um aprimoramento corporal biomédico não está bem definido. As delimitações conceituais anteriores trazem dificuldades. A primeira delas se trata da dificuldade em delimitar o que seriam *necessidades médicas* em contextos sociais heterogêneos onde grupos sociais podem apresentar definições bastante díspares sobre condições e problemas de saúde. Na medida em que não existem definições universalmente aceitas sobre o que se constitui *saúde*, como poderíamos estabelecer aquilo que vai além da saúde? Ao mesmo tempo, a distinção entre aprimoramento e tratamento também se apresenta perigosa na medida em que envolveria necessariamente uma delimitação sobre *doença* ou *patologia*, conceitos que também se apresentam móveis e repletos de controvérsias. Por fim, a diferenciação entre práticas naturais e artificiais se apresentam ainda mais enganosas na medida em que tais delineamentos envolvem convenções a respeito das diferenciações entre práticas naturais e artificiais — neste sentido, seria, no mínimo, confuso atribuir à prática de musculação uma maneira “natural” de autoaperfeiçoamento.

Diante das dificuldades conceituais, decorre a imediata interrogação a respeito da necessidade de uma especificação conceitual em torno do aprimoramento. Diante dos questionamentos à terminologia, Parens (1998) indaga se seria o caso de abandonar a palavra, ao que ele mesmo responde negativamente e confirma a relevância de seu uso. Estou de acordo com o autor a respeito da relevância da manutenção do termo e das

questões que estão imbuídas em torno das problemáticas relacionadas às práticas de aprimoramento.

Se estou de acordo com as limitações e os perigos relacionados às definições, também concordo que “o aprimoramento médico é hoje uma questão social urgente” (Edmonds e Sanabria, 2016) e de que é necessário especificar as problemáticas relacionadas aos seus usos. Assim, parece-me que partir de casos específicos pode ser interessante para aprofundar os debates conceituais. Desde investigações através das quais observo as práticas e saberes enredados em processos de autoaperfeiçoamento, pode-se trazer contribuições interessantes para o debate. Neste sentido, os implantes hormonais subdérmicos oferecem uma boa chave investigativa para observar o aprimoramento biomédico no Brasil e os dilemas envolvidos em sua circulação local.

Diante deste desafio investigativo, mais do que partir de uma definição explícita e encerrada sobre aprimoramento, optei ao longo das páginas anteriores por apresentar as perspectivas que constituem um solo através do qual a problemática do aprimoramento pode ser analisada. A partir destas discussões, será possível observar mais minuciosamente a circulação dos implantes hormonais subdérmicos.

3.1 A medicina da vigilância e a saudecização: é possível sempre ser mais saudável?

Torna-se inviável encontrar uma definição precisa sobre o que seriam necessidades médicas, já que não existe uma definição universalmente aceita do que

seria *saúde* em uma sociedade que passa por processos de constantes redefinições destas categorias. Cada vez mais estas definições são elásticas, flexíveis e socialmente situadas. As concepções de saúde estão relacionadas aos grupos sociais e culturais específicos, o que, em grande parte das vezes, produz controvérsias importantes. Nas nossas sociedades ocidentais contemporâneas, a saúde se tornou um valor moral primordial, cuja busca se transformou no próprio self e está no fundamento da identidade do sujeito (Crawford, 1980). Armstrong localizou na ascensão da medicina de vigilância durante o período pós Segunda Guerra Mundial um momento fundamental para a mudança paradigmática de concepção de saúde. As técnicas da Vigilância Médica que se sustentaram no *screening*, em pesquisas e campanhas de saúde pública e possibilitaram a observação contínua e minuciosa das famílias que estavam registradas nos ambulatórios de cuidados locais foram essenciais para tal mudança paradigmática. O olhar investigativo da doença — que até então estava direcionado às lesões dentro do corpo ou, quanto melhor, às proto-lesões, compreendidas como os perigos evidentes —, ampliou-se e possibilitou o conhecimento ainda maior sobre a comunidade e suas “ameaças móveis emergentes”, que se situavam para além dos procedimentos utilizados em suas estratégias iniciais, pois diversos aspectos, além da lesão, puderam ser observados no seio de um território e de uma comunidade, não apenas nos corpos individualmente. As preocupações, então, voltaram-se para os exercícios, dietas, estresse, sexo em uma estratégia de conferir responsabilidade aos próprios pacientes por sua constante vigilância. As técnicas de promoção à saúde surgiram deste contexto e operaram a mudança paradigmática em que a lógica binária saúde e doença, empreendida pela lesão, transformou-se em patologização e vigilância. Assim, saúde e doença deixam de ser conceitos antagônicos e podem habitar o mesmo corpo, situando-

se em termos de escala em que sempre é possível ser mais saudável. Armstrong situa essa modificação:

Mas essa trajetória em direção ao estado de saúde só pode ser alcançada se toda a população vem dentro do âmbito da vigilância: um mundo em que tudo é normal e ao mesmo tempo precariamente normal, e em que um futuro que pode ser transformado permanece em constante possibilidade (Armstrong, 1995, pp.400) ⁴³.

A medicina de vigilância levou a uma nova espacialização da doença em que a relação entre sintoma, sinal e doença foi reconfigurada em termos de superfície e profundidade em que todos se tornaram fatores preditivos, que sinalizam a possibilidade de doença no futuro. O conceito de risco inclui sintoma, sinal, investigação e doença em uma lógica probabilística, que pode ser calculada. Sinais e sintomas não significam necessariamente a verdade escondida da doença, mas se conformam em um espaço de potencialidades de desenvolvimento futuro da doença. "O problema é menos doença per se, mas o estado semipatológico de pré-doença em risco" (Armstrong, 1995, p.401).⁴⁴

Esta noção de *saudização*, ou *helphism* não é exatamente um sinônimo de *medicalização*, mas pode ser compreendida como uma forma de medicalização em que as estratégias de promoção à saúde pela égide da vigilância médica conferiram uma atenção especial aos estilos de vida e a noção de risco foi constituída em um lema para a vida.

43 Do original: But such a trajectory towards the healthy state can only be achieved if the whole population comes within the purview of surveillance: a world in which everything is normal and at the same time precariously abnormal, and in which a future that can be transformed remains a constant possibility (Armstrong, 1995, pp.400)

44 Do original: "The problem is less illness per se but the semi-pathological pre-illness at-risk state" (Armstrong, 1995, p.401)

Enquanto a medicalização se caracteriza pela criação de problemas a partir de explicações médicas para questões antes não médicas, a saudecização⁴⁵ se refere a comportamentos já anteriormente delimitados como médicos, para os quais se propõe estilos de vida e intervenções no comportamento (Santos, 2013, pp.88).

A busca por estabelecer limites precisos entre tratamento, prevenção e aperfeiçoamento se torna inviável e descontextualizada no contexto de nossas sociedades contemporâneas. A questão colocada para nossa sociedade, portanto, é a busca constante por uma saúde melhor do que boa, o que foi bem situado por Armstrong ainda na década de 1990:

Mas essa trajetória em direção ao estado de saúde só pode ser alcançada se toda a população vem dentro do âmbito da vigilância: um mundo em que tudo é normal e ao mesmo tempo precariamente normal, e em que um futuro que pode ser transformado permanece em constante possibilidade⁴⁶

A questão fundamental não é identificar doenças, mas antever seus futuros potenciais, identificando as susceptibilidades através de exames e cálculos contínuos. Neste sentido, a questão fundamental é a perspectiva intervencionista e prospectiva, as

45 A autora está se referindo a uma ideia apresentada por Peter Conrad, que utiliza o termo *healthicization*, traduzido por ela como saudecização.

46 Do original “But such a trajectory towards the healthy state can only be achieved if the whole population comes within the purview of surveillance: a world in which everything is normal and at the same time precariously abnormal, and in which a future that can be transformed remains a constant possibility” (Armstrong, 1995, pp.400)

tecnologias da vida se direcionam a otimizar as chances futuras e, neste sentido, estão enredadas em intervenções constantes e cada vez mais diversificadas, quanto mais forem identificados novos exames ou novas formas de cálculos de risco (Rose, 2013). As tecnologias da vida se tornam tecnologias de otimização em que não existem diferenciações possíveis entre tratamento e aperfeiçoamentos, elas operam na confusão destas distinções a partir de um imperativo de conhecer sempre mais e atuar cada vez mais precocemente.

3.2 O imperativo do diagnóstico

Aqui cabe uma outra contextualização significativa para este debate sobre a centralidade que o diagnóstico ocupa nas nossas práticas de cuidados atuais, estruturando práticas e legitimando relações burocráticas. Embora sempre tenha sido central na prática médica, ao longo dos séculos, paulatinamente, com o incremento de diferentes técnicas de visualização, delimitação e técnicas de burocracias, o diagnóstico vem se tornando ainda mais central. O diagnóstico define, predita e ajuda a constituir e legitimar a realidade que ele discerne (Rosemberg, 2002).

Diagnóstico, prognóstico e tratamento estão se tornando mais específicos em termos de categorias de doenças. Disto decorre um outro aspecto fundamental, que é a noção da especificidade da doença usada para gerir os desvios, racionalizar políticas de saúde, planejar cuidados de saúde e estruturar relações dentro da profissão médica. Assim, particularmente, ao longo das últimas duas décadas do século XX, os guidelines

se tornaram fundamentos para a organização dos esquemas burocráticos que envolvem, inclusive, o controle de gastos em saúde. Enfim, em torno da definição diagnóstica se organiza questões administrativas, organização dos sistemas de cuidados em saúde, além da relação entre médico e paciente — que legitima a autoridade médica — e do sistema médico.

O diagnóstico é fundamental para a definição e gestão do fenômeno social que chamamos de doença. Ele constitui um ponto indispensável de articulação entre o geral e o particular, entre conhecimento acordado e sua aplicação. É um ritual que sempre liga médico e paciente, o emocional e o cognitivo, e, ao fazê-lo, tem legitimado a autoridade médica e do sistema de saúde, facilitando decisões clínicas particulares e fornecendo significados acordados culturalmente para a experiência individual. Não somente um ritual, o diagnóstico é também um modo de comunicação e, portanto, necessariamente, um mecanismo de estruturação de interações burocráticas⁴⁷ (Rosemberg, 2002, pp. 240).

Se o diagnóstico é tão central e decisivo para os governos dos sistemas de saúde e para as relações de cuidado em nossa sociedade, poderíamos afirmar que seria uma boa alternativa estabelecer uma definição distintiva entre aperfeiçoamento e tratamento, assim, todas as práticas que extrapolam o tratamento poderiam se definir em termos de aprimoramento. No entanto, a relevância do diagnóstico não está limitada a sua capacidade de discernir a doença, mais do que isso, ele opera as predições, as antecipações, as intervenções sanitárias preventivas em termos populacionais e individuais. O imperativo do diagnóstico funciona em termos burocráticos para a

47 Do original: “Diagnosis is central to the definition and management of the social phenomenon that we call disease. It constitutes an indispensable point of articulation between the general and the particular, between agreed-upon knowledge and its application. It is a ritual that has always linked doctor and patient, the emotional and the cognitive, and, in doing so, has legitimated physicians’ and the medical system’s authority while facilitating particular clinical decisions and providing culturally agreed-upon meanings for individual experience. Not only a ritual, diagnosis is also a mode of communication and thus, necessarily, a mechanism structuring bureaucratic interactions” (Rosemberg, 2002, pp. 240).

especialização e encerramento de técnicas na delimitação precisa da doença. Por outro lado, nos contextos de sociedades ocidentais em cenários privados de saúde, o imperativo do diagnóstico pode contribuir para desbloquear o uso de tantas outras tecnologias que podem servir as práticas preditivas cada vez mais precoces e pervasivas.

No caso dos hormônios sexuais, ao longo de sua trajetória, tais substâncias químicas possuíram sempre uma elasticidade nos seus usos e indicações, sempre transitando entre usos legais e ilegais, regulados e não regulados. Nelly Oudshoorn afirma que as terapias hormonais são “drogas em busca de doenças” contribuindo para as reflexões sobre os usos relacionados a estas substâncias químicas (Oudshoorn,1994). Assim, se assistimos, de um lado, a gestão burocrática cada vez mais fundamentada no diagnóstico e no tratamento, de outro, percebe-se que ocorre uma expansão de produtos farmacológicos em busca de doenças e transtornos para chamarem de seus. Ao mesmo tempo, as zonas cinzentas de delimitação entre saúde e doença se tornam cada vez maiores e elásticas.

3.3 Medicalização, biomedicalização e pharmaceuticalização

Conforme tenho debatido ao longo destas páginas iniciais, o que se constitui *necessidade médica* não é auto evidente e pode variar ao longo do tempo. Desde a segunda metade do século XX, vivemos um processo em que cada vez mais condições e problemas humanos são descritos e tratados no interior da jurisdição médica, logo, poderiam ser compreendidas como necessidades médicas. Conrad definiu este processo

como *medicalização* e situou que se trata de um fenômeno cada vez mais corporativo, com relações de poder assimétricas entre os atores que compõem a sua arena: aqueles que pagam (governos, empresas), provedores (hospitais, médicos, dentre outros), as corporações de seguros de saúde e os consumidores (Conrad, 2007). Neste sentido, as definições sobre necessidades médicas seriam muito complexas, dinâmicas e controversas.

Conrad trouxe uma contribuição interessante aos estudos sobre o aprimoramento quando analisou o caso específico do hormônio do crescimento humano (hGH). Segundo o autor, a aprovação da forma sintética do hormônio pelo FDA para usos específicos em 1985, ao mesmo tempo, promoveu seus usos *off-label* que, segundo atesta, a maioria deles pode ser considerado intervenções de aprimoramento. Em sua leitura, a aprovação das drogas para finalidades específicas pavimenta, de alguma maneira, seus usos para aprimoramento. Em sua acepção, “os aprimoramentos biomédicos usam meios médicos para incrementar o corpo ou desempenho e, portanto, são formas de medicalização” (Conrad, 2007, pp. 70)⁴⁸. Nesta linha argumentativa, os processos de aprimoramento seriam estratégias de incremento da medicalização da sociedade.

Assim, o autor analisa o hGH desde sua síntese até os seus usos *off label*, tanto aqueles sancionados pelos médicos, tal sejam, estatura baixa idiopática e terapia antienvelhecimento, como aquele não sancionado medicamente, que é o uso utilizado com finalidade de desempenho atlético. Conrad destaca a relação da sua síntese e regulação com a constituição de possibilidade para seus usos com outras finalidades, o

48 Do original: “Biomedical enhancements use medical means to augment the body or performance and are thus forms of medicalization”.

que se apresenta uma questão relevante para o processo de medicalização da sociedade, conforme situado anteriormente (Conrad, 2007).

O exemplo do Hormônio do Crescimento ainda é interessante em outro sentido. Alguns pediatras afirmam que as crianças baixas têm sido alvo de estigmas em função de seu tamanho, que elas encontrariam dificuldades em encontrar parceiros, além de sua perspectiva em termos de ganhos econômicos ser mais baixa. Nesta linha de raciocínio, afirma, que a baixa estatura poderia ser compreendida como uma deficiência (Conrad, 2007). No mesmo raciocínio, pessoas com sofrimento mental decorrente de peitos pequenos, dentes tortos ou manchas naturais nos corpos, também sofrem por questões que podem ser abordadas pela medicina, logo, poderiam ser compreendidas como uma doença ou deficiência (Elliot, 2004).

As definições e categorizações de doenças e disfunções podem se alterar dinamicamente e os limites entre tratamento e aprimoramento podem ser reconfigurados continuamente. Também é importante destacar, como o exemplo do hGH, que a inserção de drogas e substâncias no mercado pode colaborar para o incremento de diagnósticos. Conrad utilizou o exemplo da memória para corroborar esta questão. Se os cientistas desenvolvem uma droga com finalidade de melhorar a memória, ela pode intensificar o número de diagnósticos de transtornos de déficits de memória (Conrad, 2007, pp. 72).

No campo de investigação que percorri, os médicos recorrem a noção de “insuficiência ovariana” para caracterizar uma deficiência hormonal de mulheres na menopausa, o que justificaria a utilização de hormônios para a suplementação das substâncias, tal deficiência não necessariamente exige, pelo que pude acompanhar, a manifestação em dados laboratoriais ou exames de imagem, podendo se manifestar

através de sintomas genéricos ou sendo objetivadas preventivamente. Neste sentido, a disponibilidade do objeto amplia as possibilidades de redefinição e reconfiguração do entendimento de “deficiência hormonal” ou “insuficiência ovariana”.

Os produtos farmacêuticos em si, independentemente de designação médica, têm desempenhado um papel fundamental na vida das pessoas. Nós estamos vivendo a pharmaceuticalização da vida doméstica, em que “o quarto e a cozinha são agora o foco central do marketing e consumo farmacêutico” (Fox e Ward, 2009). Nós não dependemos de médicos e de outros profissionais de saúde para consumirmos a maioria dos produtos farmacêuticos e, para além disso, nós podemos conduzir os médicos aos nossos intuits farmacológicos. Basta realizar uma visita habitual a uma farmácia que será possível encontrar inúmeros medicamentos em formatos cada vez mais diversificados (géis, pomadas, sprays, jatos, adesivos, pós, dentre outros) para as mais diversas finalidades.

A pharmaceuticalização pode ser compreendida como “o processo pelo qual condições sociais, comportamentais ou corporais são tratadas ou consideradas (ou julgadas) em termos de necessidade de tratamento com drogas médicas por médicos ou pacientes” (Abraham, 2009, pp. 100). De um lado, a indústria farmacêutica se tornou um ator fundamental na medicalização das sociedades, de outro, a pharmaceuticalização ocorre sem que necessariamente a medicalização esteja configurada, ou seja, não é necessário ter um problema médico para que nossas vidas dependam de drogas ou produtos farmacêuticos. A expansão dos campos farmacêuticos é inegável. Há uma ampliação do uso e da comercialização de medicamentos de uma maneira geral, mas, especificamente algumas áreas foram mais farmacologizadas.

O foco da pharmaceuticalização não se trata exclusivamente dos usos relacionados à jurisdição médica, mas principalmente de constituir soluções farmacêuticas para dilemas cotidianos, fazendo com que os produtos farmacêuticos sejam incorporados na cultura popular e na vida diária. Além do mais, a pharmaceuticalização pode produzir demandas a serem incorporadas nos cotidianos, sem relações com problemas ou dilemas. As suas utilizações para finalidades não médicas são importantes, ao mesmo tempo que se torna central a criação de novos mercados. É interessante destacar que pelo menos uma parte significativa do mercado aqui se situa no corpo ou, de certa forma, consubstancia-se ao corpo, já que as drogas e artefatos fazem seu sentido de existência fundamentalmente no corpo.

Na década de 1970 foi cunhado o termo “drogas de estilo de vida” que descreve exatamente o uso de substâncias farmacêuticas com finalidades recreativas, cosméticas ou para o melhoramento corporal. A estratégia de lançamento dessas drogas se pauta na ideia de que é possível, através delas, tornar a vida mais “confortável e agradável”, ou seja, possibilitando “o aperfeiçoamento e o aprimoramento da vida, tornando-a mais do que boa” (Nucci, 2012). Estas medicações apresentam a característica de convocar um tipo de consumidora, modelando expectativas e imaginários consubstanciados ao objeto farmacêutico. Conforme mencionei, as pílulas contraceptivas são um grande exemplo desses fármacos em que ocorrem deslizamentos entre os atributos das usuárias e dos objetos, customizando a usuária para o objeto. Nesse sentido, quando uma propaganda afirma que a pílula foi produzida para mulheres “modernas”, ela está de algum modo fabricando a mulher moderna.

Um aspecto relevante na pharmaceuticalização é de que as capacidades, características e traços humanos se tornam potencialmente alvos de intervenção

farmacológica (Williams, Martin e Gabe, 2011). No engendramento com objetos farmacológicos específicos, como é o caso dos implantes hormonais subdérmicos, interessa investigar quais seriam os atributos ensejados na relação objeto-corpo-usuária que se estabelece na medida em que este processo se faz de maneira co-constitutiva. Martin (2006) contribui com estas reflexões ao analisar o mercado norte-americano e apresentar como ele valoriza atitudes enérgicas, produtivas, vibrantes e criativas. No cenário do mercado farmacêutico em que a autora investiga, a ideia central deixa de ser “regular” ou “normalizar” e se volta para a perspectiva de que é possível sempre melhorar (Martin, 2006).

As propagandas farmacêuticas e de laboratórios têm atribuído de maneira competente e eficaz qualidades, características e até personalidades aos seus produtos que, por vezes, podem ser incorporadas por aquelas e aqueles que os utilizam. Nesse sentido, há uma relação de identidade entre produto e usuária/usuário. Ao mesmo tempo, confere-se valor aos usos de determinados produtos, que podem ser caros, exclusivos ou podem significar acesso a determinados médicos. A possibilidade de adquirir estes produtos em si, torna-se um fator importante de *status* (Martin, 2006).

Neste sentido, as estratégias biopolíticas não se direcionam apenas a cura de patologias ou retificação de desvios, mas também não estão direcionadas especificamente às modificações de estilo de vida. A novidade é que estamos nos movendo da *normalização* para a *customização* — operada através da cultura do mercado e consumo — que ocorre para além dos corpos, mas nas sensações, desejos, habilidade emocionais e cognitivas (Clarke, 2003). Conforme atesta Rose,

Agora, os receptores dessas intervenções são consumidores, tendo acesso a escolhas com base em desejos que podem parecer triviais, narcisísticos ou irracionais, modelados não por necessidade médica, mas pela cultura de mercado e de consumo (Rose, 2013, pp. 37)

Os implantes subdérmicos da Elmeco trazem consigo a ideia de um objeto exclusivo — e aqui é importante afirmar, não se trata de um *produto passivo e inerte* — um artefato que circula em espaços exclusivos, revestidos por muros cuidadosamente constituídos, através de profissionais treinados com a finalidade de prescrever o produto, que se articula à construção de projetos de vidas continuamente abertos às intervenções hormonais de uma parcela específica de usuárias e usuários. Neste sentido, o laboratório Elmeco tem co-produzido mundos de exclusividade e distinção que (re)produzem hierarquias e segregações de classe, raça e gênero.

Os implantes hormonais subdérmicos transitam neste ambiente de interação usuário-objeto na co-construção de projetos de corpos e projetos de mulheres. Nas suas redes sociais onde divulgam a tecnologia é possível encontrar frases que performam esse tipo de mulher usuária dos implantes. Uma imagem que está disponível no *Instagram* pareceu bastante significativa, uma mulher branca de cabelos lisos com o braço elevado e punhos cerrados com a seguinte frase “toda mulher é guerreira, e toda guerreira se cuida”. Em um outro *card* na mesma rede social uma imagem do rosto de uma mulher bastante próximo, cabelos encaracolados, semblante de perfil e olhar direcionado ao horizonte, apresenta a seguinte frase “Sou mulher. E tudo mais o que eu quiser ser”.

A comercialização, a divulgação e o consumo de objetos farmacêuticos pode ser traduzida em termos de uma “imaginação farmacêutica” (Marshall, 2009, p. 134) que produz narrativas sobre valores e representações do corpo e da vida que se engendram

em “soluções farmacêuticas”. Neste sentido, perguntamo-nos quais os tipos de imaginação têm sido acionados pelos implantes ao longo de seu intercurso?

O central é a transformação da paciente em paciente-consumidora que utiliza os mais diversificados produtos que através da autogestão consciente consegue realizar uma autovigilância, a gestão de riscos, além de definir metas de desempenho para uma vida melhor do que boa articulada à predição de um futuro, que é mediado por uma tecnologia farmacêutica.

3.4 Biomedicalização

Mais recentemente, Clarke *et al* (2003) cunhou a terminologia biomedicalização para descrever as modificações dinâmicas e expansivas da político-econômica e sócio cultural do setor biomédico, ocorridas desde 1985, que poderiam ser resumidas através de cinco dimensões co-constitutivas: a constituição político-econômica do complexo biomédico técnico de serviços; o foco na saúde, na otimização e no aperfeiçoamento individual, assim como a elaboração do risco e vigilância biomédica; a natureza tecnocientífica das práticas e inovações da biomedicina; as transformações da produção do conhecimento biomédico, gestão da informação, distribuição e o consumo; as transformações do corpos de forma a incluir novas propriedades e a produção de novas identidades individuais e tecnocientíficas (Clarke, 2003).

No mundo biomedicalizado tem-se a premissa de que as ciências e tecnologias são cada vez mais importantes e novas formas sociais são coproduzidas dentro da

biomedicina e seus domínios. As transformações envolvidas neste processo são manifestas de diversas formas, desde questões macroestruturais, até as manifestações através de novas identidades e subjetividades. Além disso, a biomedicalização é estratificada, ela incorpora desde a questão do empresariado de boutiques de serviços médicos até a entrada de novas tecnologias de risco e vigilância para a estratificação de cuidados médicos racionalizados. Neste processo, alguns indivíduos, corpos e populações são percebidos como necessitados de mais disciplina e tecnologias invasivas, por exemplo, pela genética de risco e comportamentos; outros são percebidos como “merecedores” de benefícios customizáveis da biomedicina que são definidos pela sua boa genética, pelas avaliações demográficas como, por exemplo, seguro e a renda ou por seus comportamentos compatíveis (Clarke, 2003).

A configuração da biomedicalização contribui para refletirmos sobre o aprimoramento corporal, de novo, trazendo a problematização dos termos que foram inicialmente apresentados para uma delimitação conceitual. Imersos em um contexto complexo, multissituado e multidimensional, como é o cenário que envolve saúde, biotecnologias e políticas na contemporaneidade, interrogamos os dilemas abertos pelas práticas de aprimoramento co-constituídas ao longo vida social dos implantes hormonais subdérmicos no Brasil.

As tecnologias médicas contemporâneas não se voltam especificamente aos eixos binários de saúde e doença, conforme temos mencionado ao longo das páginas anteriores. As fronteiras entre tratamento, correção e aprimoramento foram redimensionadas de modo que é inviável manter uma separação entre tecnologias de saúde e tecnologias de aprimoramento. Segundo a chave apresentada por Rose (2013), estamos falando de tecnologias de vida na biologia contemporânea, posto que elas estão

engendradas em modificar o organismo biológico “a fim de maximizar seu funcionamento e incrementar seus resultados” (Rose, 2013, pp.34). Para o autor, a característica-chave destas tecnologias, definidas como tecnologias de otimização, seria sua visão prospectiva, elas possibilitam um futuro vital que se viabiliza através de uma ação presente. Fariam os implantes parte desse circuito de tecnologias de otimização?

Um objeto farmacológico não é um ator inocente e passivo, ele está envolvido na busca de “efeitos benéficos” materiais, que justificam seu nascimento. Ao longo de sua existência, tais efeitos podem ser metamorfoseados e expandidos. Ao longo da busca de suas eficácias biológicas, estas tecnologias (re)produzem associações e articulações em torno de outros objetos e atores humanos e não humanos. Neste sentido, procuro abordar a vida social dos implantes hormonais subdérmicos ao longo das próximas páginas.

4 UMA VIA PERIFÉRICA DOS HORMÔNIOS SEXUAIS — O NASCIMENTO DO CHIP DA BELEZA

Os implantes produzidos pela farmácia de manipulação Elmeco a partir da década de 1990 possuem a mesma ancestralidade dos demais implantes hormonais subdérmicos desenvolvidos desde a década de 1960 no Brasil. Durante o desenvolvimento do método pelo Population Council, conceitos, práticas e técnicas foram articuladas em torno de muitos pesquisadores, que se envolveram com os estudos científicos, conforme mencionei anteriormente. Os saberes e práticas engendrados no desenvolvimento dos implantes não fazem parte apenas de uma história dos implantes, mas, para além disso, eles seguem constitutivos de sua materialidade contemporânea. Elsimar Coutinho foi um ator fundamental para a vida social dos subdérmicos, sendo um dos pesquisadores envolvidos desde as origens do circuito oficial das pesquisas com os implantes coordenadas pelo Population Council. A partir deste circuito oficial, Coutinho ensejou uma via periférica para os implantes no país através da constituição de práticas e saberes articulados localmente.

O encontro entre Coutinho e as vias periféricas de administração de substâncias hormonais — em meu interesse especificamente, os implantes hormonais subdérmicos — produziu um deslocamento na trajetória dos dois atores. De um lado, os objetos farmacológicos, que iniciaram sua vida sob a tutela do Population Council, através do engajamento de Coutinho, alçaram outros circuitos, ativando efeitos colaterais não esperados originalmente. De outro, Elsimar, previamente um professor universitário e pesquisador da Organização Mundial de Saúde (OMS), tornou-se um médico de

celebridades, que circula entre fotos e redes sociais de artistas e modelos. A partir desta associação entre um ator humano e um ator não-humano, Elsimar e os implantes hormonais subdérmicos foram inseridos em outros espaços, normativas e corpos⁴⁹. Deixaram suas intenções de origens⁵⁰ e encontraram um mercado aberto de possibilidades, corpos disponíveis aos efeitos e modificações disponibilizados por estas tecnologias biomédicas.

Através da relação com os implantes, Elsimar Coutinho consolidou sua trajetória como pesquisador internacional, articulou financiamentos de pesquisas na área de saúde reprodutiva, aprendeu técnicas de pesquisas com hormônios e, particularmente, com os implantes, desenvolveu diversos experimentos nos corpos das mulheres brasileiras, engajou-se em temas médico-sociais, projetando-se como uma referência pública em debates relacionados com a saúde sexual e reprodutiva. Coutinho partiu de uma vida acadêmica universitária no interior de uma instituição pública federal, ganhou notoriedade, fez-se uma celebridade e, por fim, construiu uma empresa para a venda dos produtos que ele desenvolveu ao longo de sua trajetória. Desde o cientista até o empresário, Coutinho se projetou como uma celebridade e uma autoridade terapêutica, um empreendedor de estilos de vida e possibilidades de melhoramento corporal.

Coutinho iniciou sua trajetória de cientista em estudos sobre a fisiologia uterina direcionados à eliminação do parto prematuro. Sua preocupação estava direcionada à morte prematura do feto, ou seja, à gravidez incompleta. Em sua incipiente trajetória de estudos sobre a reprodução, a progesterona foi o hormônio fundamental para a

49 É importante contextualizar que os implantes hormonais subdérmicos não são o único método de longo prazo reversível contraceptivo que incluem, por exemplo, os injetáveis e o Dispositivo Intra Uterino.

50 Conforme apresentado anteriormente, estes métodos foram desenvolvidos com finalidade de controle populacional

articulação de uma economia corporal feminina centrada no útero e, mais particularmente, o útero gravídico. A partir de seu contato experimental com a medroxiprogesterona — um derivado sintético da progesterona utilizado em via injetável —, um efeito inesperado se apresentou ao pesquisador: a possibilidade contraceptiva do recurso injetável. Este fato marcou a trajetória de Elsimar substantivamente, de modo que ele se projetou como um pesquisador relevante na área de estudos sobre saúde reprodutiva. Partindo de um derivado da progesterona, ele se direcionou às buscas de outras substâncias e compostos que evitassem, agora, as gravidezes indesejadas. O foco de atenção foi se direcionando ao útero não gravídico (Coutinho, 2014).

A partir de seu contato com o efeito contraceptivo da medroxiprogesterona, Coutinho deslocou o seu olhar da possibilidade de sustentar uma gravidez até o final para as maneiras de se evitar as gravidezes indesejadas. Aparentemente uma contradição ou mesmo uma translocação de prioridades, ao fim, os derivados da progesterona possibilitavam algo em comum: a regulação das funções reprodutivas. A investigação e foco no corpo feminino de sua trajetória científica segue centrada no controle farmacológico da reprodução e da sexualidade. É importante dizer que ao longo de sua trajetória ele também investigará objetos farmacológicos voltados ao controle da reprodução masculina, mas este jamais se tornou o seu principal objeto de interesse.

Às voltas com suas pesquisas com diferentes objetos farmacológicos voltados para a contracepção, Coutinho tornou-se um cientista engajado na defesa do controle de fertilidade das populações mais pobres. Em sua acepção, os diversos problemas sociais que assolavam o país, poderiam ser solucionados através da distribuição de métodos contraceptivos seguros e eficazes para os mais pobres (Coutinho, 2009). Ao mesmo

tempo em que ele desenvolveu os objetos para a contracepção, ele constituiu uma rede científica, política e discursiva para estabilizá-lo e legitimá-lo.

Até os dilemas encontrados ao longo de suas pesquisas foram reposicionados através de uma estratégia discursiva científica que permitiu que seus objetos farmacológicos ganhassem novos *atributos* e *performances*. A amenorreia é um exemplo pujante. Ao longo de suas pesquisas iniciais com os implantes contraceptivos, o efeito secundário mais encontrado foi a *amenorreia*, como irei detalhar nas próximas páginas. Em torno deste dilema — a amenorreia era considerada um efeito secundário —, Elsimar afirma que começou a observar que as usuárias desejavam-no. Assim, de efeito colateral, sob a condução de Elsimar, a amenorreia é projetada como um atributo de valorização dos objetos farmacológicos, agregando valor ao objeto inicial. Sua tese da inutilidade da menstruação se tornou uma de suas grandes afirmações públicas através das quais ele divulgou e segue divulgando seus produtos na atualidade.

Controle populacional e a menstruação como sangria inútil se tornaram os dois temas pelos quais Elsimar se engajou ao longo de sua trajetória científica e acadêmica. O primeiro deles foi mais presente na primeira parte de sua trajetória, enquanto o segundo se tornou a maneira pela qual hoje o médico é mais conhecido no ambiente de circulação de seus objetos farmacológicos nos consultórios privados. Para Coutinho, *explosão populacional e menstruação* seriam dois grandes problemas com bases estruturais diferentes, mas potencialmente solucionáveis através dos objetos farmacológicos desenvolvidos por ele. No caso da menstruação, segundo ele afirma em entrevista concedida para esta pesquisa, o seu livro, “Menstruação, a sangria inútil”, tornou-se um Best seller de vendas e o consolidou como um cientista internacional (Coutinho, 2015).

O envolvimento com as técnicas de pesquisa, práticas e intervenções hormonais em nível internacional nos circuitos articulados pela Fundação Rockefeller e Population Council possibilitaram que Coutinho constituísse associações e relações nacionais com outros pesquisadores, trabalhadores e mulheres em torno das experimentações com diversos métodos contraceptivos e, notadamente, com os implantes hormonais subdérmicos. De pesquisador universitário engajado na defesa do controle populacional, Elsimar iniciou uma trajetória de desenvolvimento de um mercado com os implantes, que redimensionou sua trajetória profissional no país.

Nas próximas páginas vou entrar em alguns detalhes a respeito desta trajetória através da qual nascem os implantes hormonais subdérmicos procurando evidenciar os aspectos que lhe são constitutivos na contemporaneidade. A perspectiva é permitir que o objeto de estudos emergja a partir de suas próprias teias e interações.

4.1 Do cientista-político engajado com o controle populacional ao médico-empendedor das celebridades: a trajetória mais recente de Elsimar Coutinho

Elsimar Coutinho iniciou sua trajetória científica⁵¹ nos primeiros anos do curso de medicina entre 1951 e 1953 na Universidade Federal da Bahia, quando participou como estudante de pesquisas sobre a farmacologia do útero conduzidas por um professor chamado Jorge Novis. Neste percurso de envolvimento com pesquisas, no

51 Coutinho era formado em farmacologia quando iniciou o curso de medicina. Não entraremos em detalhes sobre o início de sua trajetória como pesquisador. Para conhecer sua biografia científica, ver Manica 2009.

quarto ano de medicina, após receber uma bolsa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)⁵², em dezembro de 1954, com 24 anos, direcionou-se a França⁵³ onde realizou estudos com o hormônio ocitocina, a respeito do qual, posteriormente, ele disse “um daqueles hormônios que me fascinavam pelo seu poder de provocar contrações no útero e na mama” (Coutinho, 2014, pp. 38-39). Este momento foi fundamental para Coutinho, pois durante este estágio no Laboratório de Química Biológica da Universidade de Paris (Sorbonne), ele iniciou o aprendizado com a técnica de pesquisas com hormônios. Ao mesmo tempo, ele conheceu pesquisadores da área de saúde reprodutiva, iniciando uma articulação internacional, que também será essencial para o desdobramento futuro de sua trajetória como pesquisador (Coutinho, 2014).

Desde o final da Segunda Guerra Mundial, a Fundação Rockefeller⁵⁴ começou a se envolver com a formação médica em países não europeus e a América Latina foi um dos principais focos de seu interesse, que se direcionou, centralmente, para o apoio no desenvolvimento de pesquisas nas áreas básicas. Jorge Novis foi um ator importante, pois articulou um convênio da Universidade Bahia com a Fundação, que disponibilizou recursos para a constituição de um departamento de fisiologia na instituição. A fisiologia até então era periférica para a medicina no Brasil e começou a receber

52 No livro “A melhor coisa da vida”, publicado em 2014, ele comenta como Nestor Duarte, deputado federal na ocasião, interferiu para que conseguisse uma bolsa de estudos pela CAPES para aperfeiçoamento científico na Universidade de Paris (Coutinho, 2014, pp. 38-39)

53 A chegada a França, segundo ele narra ocorreu após uma “recusa” de uma bolsa para os Estados Unidos. Assim, chegou ao país sem um planejamento prévio, mas foi imediatamente aceito pelo pesquisador Claude Fromageot, que pesquisava ocitocina na ocasião.

54 Fundação privada criada em 1913 nos Estados Unidos que desenvolve pesquisa e intervenções na área de saúde. A entidade financiou muitos projetos de formação e pesquisas na área de saúde em diversos países. Sua trajetória também está relacionada às políticas de eugenia em países subdesenvolvidos. Em seu sítio eletrônico, define-se como uma entidade que “por mais de 100 anos, reuniu pessoas ao redor do mundo para tentar resolver os problemas mais desafiadores do mundo e promover o bem-estar da humanidade”. Disponível em: <https://www.rockefellerfoundation.org/our-work/>. Acesso em 14 de Abril de 2018.

incentivos financeiros para o seu desenvolvimento. Jorge Novis, por sua vez, realizava pesquisas em diversas áreas na ocasião e inseriu-se no circuito internacional de pesquisas em fisiologia uterina a partir da relação com a Fundação Rockefeller. Assim, conheceu Arpad Csapo, um pesquisador húngaro, especialista em fisiologia uterina, que trabalhou na equipe de George Corner, um dos “descobridores”⁵⁵ e principais pesquisadores com progesterona no mundo. Csapo se tornou um dos principais parceiros de Jorge Novis e Elsimar Coutinho em suas pesquisas, todos interessados no campo de pesquisa com fisiologia reprodutiva e obstetrícia⁵⁶.

Ao retornar para a Universidade da Bahia, após concluir seu estágio na França, Coutinho se graduou em medicina em dezembro de 1957 — ele possuía graduação prévia em bioquímica — e se dedicou ao desenvolvimento de teses durante os anos de 1958 a 1960 com o objetivo de se tornar professor. Tornou-se professor assistente de bioquímica na Faculdade de Medicina cujo laboratório estava situado próximo ao de Fisiologia onde ele na ocasião se dedicava às pesquisas. Neste momento, Novis assumiu a cátedra de fisiologia e convidou Arpad Csapo⁵⁷ para uma visita na Bahia com a finalidade de constituir um centro de pesquisas na área de reprodução. Coutinho continuou desenvolvendo pesquisas com Jorge Novis e foi designado a contribuir com

55 A utilização de aspas na palavra “descobrir” se refere ao fato de ela estar sendo utilizada tal como Elsimar Coutinho menciona. Cumpre destacar que a história de constituição dos hormônios está muito mais relacionada a um trabalho de invenção no sentido de que são “esculpidos e introduzidos com base em experimentação e otimização de várias propriedades independentes”, como Goodman & Gilman destacam na introdução da décima segunda edição de seu livro (Goodman & Gilman, 2012, pp.3).

56 É interessante comentar que a cooperação entre Universidade da Bahia e Fundação Rockefeller contou com a disponibilização por parte de Jorge Novis de material de pesquisa “disponível na Bahia”, notadamente, fêmeas grávidas de saguis (Manica, 2009, pp.30). A vinda de Csapo ao Brasil articulava uma rede de pesquisadores que estavam envolvidos em conseguir materiais de pesquisa, no caso, macacas grávidas.

57 Csapo possuía nacionalidade húngara, conforme mencionado previamente. e cidadania norte-americana; estava inserido em uma posição estratégica no circuito internacional de pesquisas por chefiar um laboratório de Bioquímica do Marine Biological Laboratory (M.B.L) em Woods Hole, Massachusetts (Coutinho, 2014, pp.171)

os trabalhos de Csapo, pois era o único dentre os colaboradores da pesquisa com conhecimentos na área de bioquímica.

Coutinho sustenta que a parceria desenvolvida entre “interessados em obstetrícia” na Bahia e Csapo se desenvolveu em função das

facilidades oferecidas pelo laboratório de Fisiologia que possuía um bom biotério e pela Maternidade-Escola, que oferecia serviços obstétricos gratuitos à população, se apresentavam para Csapo como uma localização ideal para um centro de pesquisas na área da obstetrícia, que incluísse pesquisa básica e pesquisa clínica (Coutinho, 2014, pp. 172)

Desta relação, em 1958 Coutinho realizou um estágio de pesquisa em um dos laboratórios de endocrinologia da Fundação Rockefeller dirigido por Csapo, aquele situado em Woods Hole, direcionado para a endocrinologia da gravidez. Csapo, por sua vez, estava subordinado a George Corner, conforme mencionado previamente, uma das principais referências em estudos sobre progesterona no mundo. O projeto de pesquisa assumido por Elsimar se dedicou a estudar os efeitos de ocitocitos em úteros de coelhas, acompanhando a avaliação de diferentes agentes farmacológicos em cada ciclo gravídico destas mamíferas. Nestes animais, a progesterona retardava o período do parto, evitando partos prematuros e, em contraposição, se privada de progesterona, a coelha abortava imediatamente (Coutinho, 2014, pp. 170-171).

Ao longo deste período nos Estados Unidos, Elsimar participou de um simpósio sobre novos derivados da progesterona, patrocinado pela empresa Upjohn, acompanhando Csapo onde estavam presentes pesquisadores importantes, além do próprio Csapo e Corner, dois nomes fundamentais para os estudos da contracepção, Pincus e Chang. Havia um interesse por parte do grupo de Csapo e Corner em um

derivado específico, a medroxiprogesterona, pois acreditava-se que ele poderia postergar o parto prematuro, uma das principais causas de óbito fetal. Eles trabalhavam com a hipótese de que os abortos espontâneos e os partos prematuros se deviam à deficiência de progesterona. Coutinho se disponibilizou a participar de um grupo de pesquisadores internacionais para avaliar o produto, que se tratava de uma progesterona sintética produzida pela Upjohn Company (Coutinho, 2014).

Assim, saíram do simpósio, que ocorreu na cidade de Kalamazoo em Michigan, com ampolas de medroxiprogesterona (Depo Provera), fornecidas pela empresa Upjohn. Algumas destas ampolas vieram com Elsimar Coutinho para o Brasil, que foi designado pela empresa como um dos pesquisadores responsáveis pelo estudo clínico — que, vale comentar, estava autorizado pelo FDA (Manica, 2009). Assim, ao longo da década de 1960, iniciaram as pesquisas com medroxiprogesterona no Brasil com o interesse de encontrar uma forma de prevenir o aborto espontâneo e de impedir o parto prematuro.

4.2 A medroxiprogesterona foi o começo de tudo .

Os efeitos esperados para a medroxiprogesterona (M.P.A) não se evidenciaram. Em contrapartida, as mulheres que utilizaram a substância deixaram de engravidar durante meses após a aplicação injetável de M.P.A. Feita a constatação, o pesquisador relata que obteve autorização da empresa Upjohn e do hospital para iniciar os estudos com o, agora, anticoncepcional Depo Provera®, nome comercial pelo qual o método ficou amplamente conhecido no mundo. Os estudos iniciais ocorreram entre 1963 e

1964 e demonstraram que a dose estava relacionada com a duração e não com a magnitude do efeito, o que produziu um certo ceticismo com o método⁵⁸. Em 1966 o pesquisador publicou um artigo na revista *Fertility and Sterility* com a proposta de que o Depo Provera® fosse utilizado como anticoncepcional, o que trouxe notoriedade para Elsimar.

Elsimar afirma que a medroxiprogesterona foi o início de tudo:

EC: Aquilo ali [a DEPO PROVERA] foi o começo de tudo, ela foi o primeiro anticoncepcional de efeito prolongado, entendeu? Quer dizer você colocava o anticoncepcional em dose baixa e ele em dose mínima ele ia sendo liberado e aí nós começamos a trabalhar com estes implantes justamente procurando uma forma de otimizar a contracepção com o mínimo de dose e aí começamos a fazer todo tipo de combinações, administração via vaginal para ver se a gente podia colocar alguma coisa, um dispositivo intra-uterino, conseguimos o Norplant, o Implanon, tudo isso foram coisas que a gente foi vendo, mas o primeiro, digamos assim, veículo, para liberar lentamente alguma coisa foram os chamados copertit, que eram os T carregados de uma haste de cobre para o cobre ser liberado lentamente aumentando a eficiência do dispositivo, entendeu? o cobre tinha um efeito espermicida, digamos assim.

Eu: Isso antes do silastic?

EC: Antes do silastic a gente tinha um material de plástico, que eram os dispositivos intrauterinos para usar nas pacientes como anticoncepcional, então, a gente procurava inventar no sentido de otimizar a contracepção, fazer com que ela fosse mais duradoura com menos efeitos colaterais negativos, porque tem efeitos colaterais positivos, por exemplo, aumentar a libido das pacientes é um efeito colateral positivo, então, a gente começou a trabalhar nisso e nessa época nós criamos o... No começo, começo, começo eu não estava procurando anticoncepcional, os anticoncepcionais não existiam. Eu conheci pessoalmente Pincus e Sham, os dois caras que fizeram a primeira pílula, tem até retrato meu com o Shang na China onde eu fui dar um curso com ele. A ideia era suprimir a ovulação, entendeu? (Entrevista, 2015)

58 A característica farmacológica se contrapunha a um princípio importante da toxologia que relacionava a dose ao efeito: uma maior quantidade de administração de fármaco em um indivíduo geralmente produz efeitos mais intensos e não mais duradouros (Goodman & Gilman, 2012). O que a pesquisa com medroxiprogesterona estava demonstrando é que a via injetável de administração de esteroides poderia, ao contrário, relacionar a dose ao tempo de duração.

A sua fala ressalta uma certa contingência do processo de pesquisa como essencial para a produção científica quando ele enfatiza que a “descoberta” do “primeiro anticoncepcional de efeito prolongado reversível” foi um evento “casual”. Ainda que a medroxiprogesterona apresente efeitos diferentes do seu intuito inicial, eles seguem inseridos nos desígnios do controle médico da fertilidade e da reprodução, permanecem inscritos na esfera da fertilidade e, mais especificamente, projeta-se como um objeto farmacológico direcionado a uma finalidade prática, tal seja, a regulação da fertilidade. Mesmo que a progesterona opere um giro na trajetória de Elsimar, ele permanece centrado em práticas, objetos e conceitos que estão sendo ativamente inscritos em um campo incipiente de conhecimento comum, a Reprodução Humana.

É neste sentido, que a palavra mais interessante da fala de Elsimar é “otimizar”, eles estavam em busca de um efeito no organismo biológico, eles manipulavam algumas partes do corpo, utilizando-se de técnicas com hormônios em diferentes sistemas de entrega com o intuito de produzir efeitos terapêuticos específicos, aqueles direcionados ao controle da fertilidade. A “descoberta” da contracepção incrementa suas possibilidades de intervenção dentro deste mesmo campo de saberes e práticas, ampliando suas possibilidades de atuação científica.

É importante situar que sua fala é retrospectiva, enfatizando alguns aspectos desde sua posição mais atual, mas a pesquisa com medroxiprogesterona daquele momento almejava encontrar uma substância que pudesse prevenir o aborto espontâneo, o que não se evidenciou, assim, a medroxiprogesterona proporcionou um efeito não esperado. Em contrapartida, em suas palavras, foi “o primeiro estudo que teve repercussão internacional e colocou a Bahia no mapa da medicina reprodutiva” (Coutinho, 2014, pp. 162).

De fato, suas pesquisas com a medroxiprogesterona o projetaram como cientista internacional na área de saúde reprodutiva e o consolidaram como um cientista de uma rede de pesquisadores que estava associada ao Population Council. Ao longo das décadas de 1960 e, principalmente, na década de 1970 estão sendo produzidos diversos experimentos, pesquisas básicas e clínicas na área de contracepção apoiados pelo Population Council e o grupo em torno da Maternidade Climério de Oliveira foi centralmente envolvido.

Concomitantemente, é importante situar pelas palavras do próprio Elsimar que ocorre uma alteração de foco nas pesquisas, segundo atesta, o foco das pesquisas no “útero gravídico evoluíram rapidamente para o útero não gravídico quando aparelhos sofisticados de registro” são adquiridos através de recursos com a Fundação Ford. Os aparelhos de radio imuno ensaio⁵⁹ permitiam uma dosagem precisa dos hormônios, além disso, eles possuíam disponíveis um aparelho de histerosalpingografia⁶⁰ que se tornou utilizado rotineiramente, além de um equipamento de raio-x. Os dois aparelhos articulavam o interesse de médicos e pesquisadores pela atuação na maternidade, mas, para além disso, eles materializam dois tipos diferentes de pesquisa: uma voltada aos hormônios, através do radio imuno, e outra centrada nos úteros, baseada na histerossalpingografia.

Ao acompanhar a trajetória científica de Elsimar, pude ter contato com parte destes artigos científicos em que ele é autor principal ou divide autoria com outros pesquisadores em que são apresentados os resultados de pesquisas com os implantes.

59 Foi desenvolvido em 1960, sendo uma das técnicas mais sensíveis para a análise quantitativa das reações antígeno - anticorpo, permitindo medidas rápidas e precisas.

60 Histerossalpingografia é um exame de raio-x do útero e das trompas uterinas, com a utilização de contraste iodado que é injetado no interior do útero através de uma cânula, utilizado para verificar possíveis anomalias nas trompas e na cavidade uterina.

Através dos artigos, é possível perceber que alguns países foram fundamentais para os ensaios clínicos com diferentes substâncias inseridas nos tubos de silicone. Encontrei nos artigos a participação de instituições e pesquisadores do Brasil, Chile, República Dominicana, Jamaica, Dinamarca e Finlândia (International Committee for Contraception Research of the Population Council, 1978 a; International Committee for Contraception Research of the Population Council, 1978, b).

Elsimar contou com uma vida institucional estratégica na Maternidade Climério de Oliveira, conseguindo recrutar um número significativo de partícipes para as suas pesquisas. Ele se envolveu com pesquisas básicas em que os objetos hormonais se tornaram um projeto científico, suas dosagens, a busca pelos seus efeitos eficazes. Ao mesmo tempo, os experimentos clínicos foram fundamentais, o objeto aqui é o corpo da mulher, que também se torna um projeto científico. Assim, corpo e objeto se imiscuem de finalidades práticas comuns: aquelas de encontrar efeitos terapêuticos.

Apesar de existirem pesquisas básicas e pesquisas clínicas ocorrendo simultaneamente na Maternidade Climério de Oliveira, a relevância do efeito contraceptivo da medroxiprogesterona foi possível, particularmente, em função das pesquisas clínicas desenvolvidas largamente em corpos de mulheres do nordeste brasileiro. Aliás, conjectura-se que, possivelmente a relevância da Bahia no trajeto das pesquisas internacionais na área de reprodução, deve-se centralmente à disponibilidade de úteros — inicialmente de macacas, posteriormente, úteros gravídicos de mulheres e, então, os úteros não gravídicos disponíveis para a utilização rotineira da histerossalpingografia. É interessante que os úteros se localizem como os objetos de pesquisa e prática clínica privilegiados, tornando-se o centro da economia corporal das mulheres.

Cumprir mencionar, que o desenvolvimento de atividades de pesquisa na Bahia não ocorreu livre de divergências, pois é possível identificar diversos tipos de questionamentos exteriores ao laboratório que se apresentaram para as pesquisas em diferentes momentos. Um tipo de questionamento às práticas na Maternidade foi apresentado pelos estudantes de Medicina do Diretório Acadêmico, ainda que não sejam explicitados detalhes a respeito do conteúdo das divergências, o autor Coutinho atribuiu tais questionamentos ao fato de estarem vinculados às posições políticas comunistas, encorajadas pelo Governo de João Goulart. O autor se indigna com a postura dos estudantes do movimento estudantil, mas atesta que tais reações não paralisaram as atividades de pesquisa e afirma que a maioria dos estudantes de medicina eram favoráveis aos procedimentos de pesquisa. O pesquisador também localiza na insurgência da intervenção militar a diminuição da contestação pública das divergências apresentadas pelos estudantes (Coutinho, 2014, pp.178).

4.3 A experiência clínica com implantes contraceptivos

Houve uma certa divisão entre Coutinho e Csapo nos trabalhos de pesquisa, enquanto o primeiro conduzia as pesquisas laboratoriais, Csapo coordenava as pesquisas clínicas. Entre os anos de 1958 e 1962, ocorreu uma expansão das atividades de pesquisas na Maternidade Climério de Oliveira com a atração de muitos médicos obstetras. Neste período, eles pensaram em construir um Centro Internacional de Pesquisas, um projeto que envolveria os Departamentos de Fisiologia, Bioquímica e

Obstetrícia coordenado por Arpad Csapo. Para este empreendimento, buscavam recursos com as Fundações Rockefeller e Ford. Porém, neste mesmo período se iniciam os desentendimentos entre Coutinho e Csapo, pois o último não se interessava pelo tema da contracepção. Diante das divergências, Coutinho assumiu as pesquisas clínicas na Maternidade desde 1963 (Coutinho, 2014).

Este foi um momento relevante para a virada de interesse dos úteros gravídicos para os úteros não gravídicos, mencionados anteriormente. Conforme mencionado, o mote condutor desta mudança de perspectiva foi a medroxiprogesterona, pois, a partir dela, o pesquisador se direcionou a busca por novas substâncias e mecanismos de entrega de compostos contraceptivos. Para este empreendimento, durante 40 anos (1960 - 2000) Elsimar conduziu pesquisas na Climério de Oliveira, onde reuniu pesquisadores de muitos países e publicou mais de 300 publicações em diferentes revistas, além de livros e diversas orientações de teses (Coutinho, 2014).

Um artigo bastante interessante para compreender essa trajetória foi publicado em 1978, assinado por Coutinho, denominado “clinical experience with implant contraception” em que ele relata que “a maior parte das experiências com implantes silastic são derivados de trials realizados no Chile, Brasil e Índia” e que “os primeiros estudos de aceitabilidade foram realizados em Santiago e Bahia em 1967 e 1968 com os primeiros relatórios publicados em 1969” (Coutinho, 1978). O artigo oferece uma pista de que os pesquisadores associados ao Population Council trabalhavam com a ideia de um fato consumado para os implantes como uma forma de administração de hormônios com finalidade contraceptiva.

Neste artigo, especificamente, apresenta-se o resultado de estudos desenvolvidos na Bahia em que teriam sido inscritas 4752 mulheres que utilizavam um dentre oito

compostos por seis meses a nove anos. Como apresentado anteriormente, as experiências com os implantes estavam sendo desenvolvidas desde 1967. Assim, podemos perceber que Coutinho desenvolveu experimentos, técnicas e práticas com os implantes desde este período, acumulando saberes e intervenções nos corpos com este objeto farmacológico.

Segundo consta neste artigo, “as mulheres inscritas foram todas em idade fértil”, eram “voluntárias, a quem foi oferecido contraceptivo oral como alternativa”. Ao final, foram 67807 mulheres-meses de estudo em que teriam ocorrido 333 gravidezes, sendo 3 ectópicas. Na descrição dos materiais e métodos, informa-se que “As cápsulas foram feitas à mão⁶¹ com tubos de Silastic” em que “as duas extremidades foram seladas com adesivo médico”. Ainda nesta parte eles descrevem detalhes sobre a escolha do melhor método de esterilização, assim como descrevem o processo de incisão e retirada dos implantes: “As cápsulas foram inseridas subcutaneamente na face interna anterior do antebraço ou na região superior glútea através de trocater calibre II. Cápsula é removida no final do estudo através de pequena incisão” através de “anestesia local com procaína a 2% é utilizada em inserções e remoções” (Coutinho, 1978).

Com relação aos compostos utilizados, eles teriam sido “fornecidos pelos próprios fabricantes ou pelo Population Council”. Afirma-se que vários compostos estavam sendo testados com a finalidade contraceptiva através da forma de implante a partir dos seguintes critérios “o composto tinha que ser ativo como contraceptivo em doses muito baixas, desprovido de estrogênio ou efeitos androgênicos e ser liberado lenta e continuamente a partir da cápsula Silastic ®”. Na fase de seleção, algumas

61 Esta informação de que as cápsulas são feitas à mão é a mesma que eu pude verificar ao visitar o atual laboratório de produção dos implantes, é um trabalho artesão, minuciosamente elaborada, nada se assemelha com as grandes produções industriais.

substâncias foram descartadas em função de sua rápida velocidade de liberação, o que não proporcionava um efeito duradouro, outras substâncias foram descartadas porque apresentavam um potencial de inflamação no local do implante (Coutinho, 1978).

São apresentados os resultados com os oito compostos que estavam sendo utilizados nos estudos, além do uso de derivado do estrogênio para combinação com progestagênio:

Tabela 1: Compostos presentes nos ensaios clínicos com seus respectivos números de cápsulas, efeitos colaterais e taxas de gravidez

Composto	Número de cápsulas/ tempo de duração	Efeitos colaterais/ outras observações	Taxa de gravidez
Norgestrienone (R2010) - (Roussel UCLAF)	Efeito contraceptivo com 4 cápsulas por 1 ano	Irregularidades de sangramento comuns nos primeiros seis meses de uso; 40% manteve o sangramento de escape; a maioria manteve sangramento regular semelhante a menstruação com intervalo de 29,5 dias com duração média de 4 dias; também foram encontrados: baixa incidência de acne, dor abdominal e perda de libido	Taxa de gravidez elevada abaixo de 4 cápsulas
Gestrigone (R2323) etil-norgestrienona / R2323 um anti-progesterona e anti-estrogênio.	Efeito contraceptivo com durou 9 meses ou mais com 3,4 ou 5 implantes	Efeito colateral mais visível foi a amenorreia; em menos de 5%, ocorreu [AP3] sangramento e spotting. Outros efeitos secundários em menos de 5%: diminuição do tamanho dos seios, acne, hirsutismo e rouquidão.	Sem informação
Megestrol Acetate (M.A.)/ Acetato de megestrol -British Drug Houses)	Primeiro composto selecionado para implante contraceptivo	foram interrompidas por causa do desenvolvimento de nódulos de mama relatados em cadelas beagle, em seguimento de longo prazo.	

d-Norgestrel (Wyeth)	1 cápsula eficaz por 1 ano	Sucesso como minipílula foram inseridas 12 capsulas em um pequeno número de mulheres (49) e nenhuma gravidez ocorreu	Índice de Pearl (IP)= 9
Norethindrone (NET)/ Noretindrona (Syntex)		é um dos esteróides mais largamente utilizados em contracepção. em combinação com um estrogênio sintético em contraceptivos orais. NET é também o ingrediente activo numa comercialmente disponível mini-pílula livre de estrogênio com uma dose diária de 350 mcg.	Inicialmente testadas 6 capsulas, que foram insuficientes para fornecer os níveis sanguíneos necessários para impedir a contracepção; 12 capsulas – IP= 3
ST 1435 / 19-noresteróide	Alta taxa de liberação limita a vida a 300 dias em 1 ou 2 cápsulas.	Amenorreia foi o único efeito secundário ocorrido em 50% das mulheres.	Alta potência contraceptiva
Linestrenol / Lynestrenol - (Organon) e R-1364		Estudos com ambos foram interrompidos porque outros compostos, tais como R2010, R2323, e norgestrel ST-1435 ofereceram taxas de libertação mais favoráveis.	Sem informação
Estradiol como combinação	Eficácia clínica menor que 2 anos	Finalidade: opor efeitos colaterais androgênicos; Há um potencial benefício na redução de efeitos secundários androgênicos	Taxa de gravidez maior na combinação com estrogênio

* Tabela baseada em Coutinho, 1978.

As taxas de continuidade de uso dos implantes foram de mais de 80% em um ano ou mais para a maioria das substâncias utilizadas, sugerindo, de acordo com o artigo, uma “alta aceitabilidade” do método, bem como de seus “efeitos secundários”. O principal “efeito colateral” seriam as alterações nos padrões de sangramento, sendo a

amenorreia bem aceita e “vantajosa” para pacientes desnutridas e anêmicas. Além do mais, a amenorreia se mostrou desejada por algumas usuárias, segundo relato do artigo. De outro lado, os *spottings*⁶² frequentes e hemorragias prolongadas se mostraram difíceis de tolerar, além de não possuírem justificção médica.

Outros efeitos secundários foram relatados, tais como, dor de cabeça, nervosismo, tontura, acne, hipertricose, rouquidão, hipotrofia da mama, cloasma, icterícia, a perda da libido, náusea, prurido, erupção cutânea, inflamação no local de inserção, depressão. De todo modo, a ênfase se direciona a outras vantagens apresentadas pelo método, como o fato de ele não apresentar a primeira passagem pelo fígado, o que ocorre com os contraceptivos orais (Coutinho, 1978).

Este artigo nos mostra as articulações empreendidas em torno da circulação dos implantes hormonais subdérmicos no país, que envolveu o Population Council, financiamento para as pesquisas, empresas farmacêuticas, técnicas e materiais de pesquisa, a Universidade da Bahia, a Maternidade Climério de Oliveira, profissionais da área de saúde e, notadamente, o alistamento de corpos de mulheres para os experimentos clínicos. Os materiais para a experimentação clínica, neste caso, os corpos das mulheres brasileiras são fundamentais para a posição de Elsimar no circuito internacional de pesquisas.

Ao mesmo tempo, em tempos precoces das pesquisas com implantes, uma permeabilidade entre efeitos esperados, que seriam os contraceptivos, e os efeitos colaterais ou secundários, que poderiam ser “vantajosos”, como a amenorréia, começam a se delinear. No lugar de contrapor as duas categorias de efeitos, desde este momento eles operam a articulação de potencialidade e continuidade entre os efeitos.

62 é o sangramento de escape, um sangramento leve que ocorre fora da época do fluxo menstrual

Quando mencionam “outros efeitos colaterais” eles são apresentados eufemisticamente, sem qualquer ênfase ou maiores explicações. De outro lado, o atributo de *aceitabilidade* é valorizado e enfatizado. Neste sentido, a ênfase do composto farmacológico recai sobre o seu benefício, o que coaduna com a trajetória de desenvolvimento de grande parte dos fármacos, como explicam Goodman & Gilman:

um número expressivo de fármacos utilizados na prática clínica foi desenvolvido em uma época que a descoberta de novos fármacos envolvia principalmente a experimentação dos compostos por sua capacidade de produzir efeitos benéficos nos pacientes ou em um modelo de doença animal” (Gilman e Goodman, 2012).

A ênfase no conhecimento mais minucioso e apurado na dinâmica de interação entre o fármaco e seu receptor é mais recente. Assim, as pesquisas desenvolvidas neste momento, procuravam os efeitos benéficos, no caso dos implantes, a ênfase se localizava centralmente na *taxa de gestação*, o principal efeito esperado.

Desde os úteros das macacas grávidas, que foram articuladas por Jorge Novis, aos corpos de mulheres, a Bahia se tornou um ponto fundamental na trajetória global de pesquisas com a aplicação da progesterona com a finalidade de regulação das fertilidades. É bem verdade que o hormônio precursor desta trajetória foi a progesterona cujos descendentes mais tarde, ironicamente, serão definidos como o “vilão da terapia hormonal”. Este tema retornará mais adiante.

Aqui, cumpre destacar que os corpos — de macacas e de mulheres — disponíveis para os experimentos clínicos são um ponto central para a trajetória científica de Elsimar Coutinho, para o nascimento de um novo objeto farmacológico contraceptivo e para a construção de um mercado local de implantes subdérmicos

manipulados no Brasil. Ao mesmo tempo os implantes são desenvolvidos através de um circuito internacional, coordenado pelo Population Council, como evidenciei através da trajetória do Norplant, são desenvolvidas práticas locais de pesquisas clínicas, técnicas com os hormônios, criadas associações científicas e políticas no país, alistados apoiadores em torno das regulações da fertilidade e da continuidade do desenvolvimento técnico dos objetos farmacológicos.

Os implantes hormonais subdérmicos da Elmeco emergem deste emaranhado de relações de saberes e poderes, que foram se constituindo através da mediação de Elsimar Coutinho desde a década de 1950, produzindo repercussões em diferentes ângulos e sentidos, que continuarei analisando ao longo desta tese. Uma questão muito relevante de sua trajetória continuará sendo a ênfase em seus benefícios e a relação de permeabilidade entre os efeitos esperados e alguns de seus efeitos colaterais ou secundários.

4.4 A trajetória científico-política em nome do controle populacional

Nas páginas anteriores apresentei redes e associações que se constituíram em torno do desenvolvimento de novas formas de administração de contraceptivos internacionais e, particularmente, a participação de Elsimar Coutinho neste processo. Ainda que Coutinho tenha se dedicado a diversas pesquisas ao longo de sua vida e participado ativamente de pesquisas laboratoriais, o seu foco de atenção se direcionou principalmente aos experimentos clínicos com substâncias e formas de administração

voltadas à contracepção. Assim, em sua trajetória acadêmica, as pesquisas com implantes hormonais subdérmicos foram sobremaneira relevantes.

Ao longo de sua carreira científica, Coutinho se dedicou largamente às questões demográficas, mais especificamente, a defesa do controle populacional, tornando-se um engajado defensor da estratégia no país. De acordo com a narrativa que ele apresenta, o seu interesse “pelos aspectos sociais da reprodução humana” se iniciou ao acompanhar o parto de mulheres pobres na Maternidade Climério de Oliveira quando de seu retorno da França. As mulheres assistidas por ele relatavam, segundo comenta, “ter engravidado apenas pelo direito a ligar as trompas”, por outro lado, também afirma que os médicos não podiam ajudá-las já que encontravam uma série de obstáculos, desde a legislação brasileira até aspectos culturais que atuavam no sentido de “promover a maternidade, premiando as mulheres que tinham muitos filhos” (Coutinho, 2009, pp. 10).

Ao longo da análise de seus textos, artigos, entrevistas, seminários e vídeos estudados para esta pesquisa, a articulação entre “problemas médicos e sociais” está constantemente presente. A questão demográfica figura como a *grande causa* de onde derivariam todos os outros problemas sociais. É comum encontrar em seus textos em artigos e livros dados estatísticos sobre a história da situação demográfica do país para argumentar a sua posição política sobre o tema. Em sua assumpção, os problemas sociais do Brasil, tais como “a miséria, a fome, a violência, a doença”, além de outras questões, como “a destruição do equilíbrio ecológico nas grandes cidades” seriam consequências do “crescimento vertiginoso” da população (Coutinho, 2014, pp. 84).

De todos os fatores que contribuíram para a situação difícil que se encontra o Brasil neste fim de século, nenhum se iguala em importância ao crescimento rápido e desordenado da população. O fenômeno

se iniciou na primeira metade do século, com a melhoria sanitária e a modernização das grandes cidades, mas só tomou proporções alarmantes a partir da década de 60, quando a população brasileira, inexpressiva no começo do século (12 milhões de habitantes), ultrapassou as populações dos maiores países na Europa como a França e a Inglaterra (Coutinho, 1998, pp. 15)

Mais do que isso, o rápido crescimento populacional seria a causa pela posição periférica do Brasil no mundo

Não tenho dúvida de que se o planejamento familiar tivesse sido introduzido há 20 anos (...) Estaríamos com um pé direito no Primeiro Mundo, com uma renda per capita superior à de Portugal e sem vergonha de sermos considerados uma chusma de irresponsáveis, que despejará na próxima década 30 milhões de crianças no país, que serão na sua maioria abandonadas à própria sorte, já que não poderão ser alimentadas, protegidas e desprotegidos e deseducados, e cuja única capacidade conservada é aquela de concebê-los (Coutinho, 1998, pp. 27 – 28).

Em sua visão, os médicos e cientistas seriam personagens públicas importantes para a defesa de grandes temas e agendas públicas e o controle populacional seria a motivação fundamental para um engajamento ativo e persistente. Neste sentido, ele se considera um ator fundamental para a defesa do controle populacional no Brasil. Articulou-se tanto quanto foi possível para convencer os diferentes governos brasileiros em assumir uma posição controlista. Em seus livros, menciona conversas em festas e encontros casuais com políticos em que ele questionou a ausência de medidas para “sustar a enxurrada” (Coutinho, 1998, pp.15). Dentre as conversas citadas, aparece, por exemplo, um questionamento que ele teria feito pessoalmente na festa de aniversário de Jorge Amado ao então presidente José Sarney, que teria lhe respondido “sorridente e

conformado, que infelizmente a Igreja não permitia que o governo promovesse o controle da natalidade” (Coutinho, 1998, pp. 16 – 17).

Além da Igreja Católica, Coutinho explicita sua indignação contra outros atores políticos que se posicionavam contrários a política de controle populacional, que “estariam prejudicando o Brasil e seu povo”:

Na verdade, o governo militar, a Igreja Católica, os políticos de direita que apoiavam o governo, os políticos de esquerda – particularmente, os comunistas, que se opunham ao governo – eram todos contra qualquer iniciativa que pudesse interferir com a perigosa avalanche de gente. Para médicos que, como eu tentavam orientar o público para o uso de anticoncepcionais, havia uma proibição explícita no Código de Ética, que vedava ao médico o direito de ensinar ao paciente como evitar a gravidez (Coutinho, 1998, pp. 15).

Coutinho também proferiu críticas às feministas brasileiras, que, segundo informou, “surpreendentemente e em conflito com as feministas do resto do mundo, se opunham ao planejamento familiar” (Coutinho, 1998, pp. 17). Além disso, chegou a ser intimidado a responder por um processo no Conselho Regional de Medicina por ter ferido o Código de Ética onde constava que era “vedado ao médico ensinar a sua paciente como evitar a gravidez”. Foi absolvido, mas, segundo afirma, a oposição às suas iniciativas permaneceu e se estendeu às práticas de pesquisas clínicas utilizadas na universidade. Em sua acepção, as pesquisas estavam “de acordo com as exigências internacionais da Organização Mundial de Saúde”, no entanto, mesmo assim, “continuavam a incomodar os opositores” (Coutinho, 2009, pp. 14).

De fato, conforme citado anteriormente, Coutinho participava ativamente do circuito internacional oficial de pesquisas com contraceptivos, apoiados pelo Population

Council e Fundação Rockefeller. Ele comenta a relevância do financiamento e apoio político oriundos dessas fundações para a projeção dos estudos que eram desenvolvidos na ocasião na Bahia. Em suas palavras: “com a ajuda das fundações filantrópicas e da Organização Mundial de Saúde, transformamos a Maternidade Climério de Oliveira no mais importante centro de estudos em Reprodução Humana no país” (Coutinho, 2009, pp.13).

Cumprе mencionar que os debates sobre a questão populacional não se limitavam ao território nacional. Desde 1965, o aspecto central da política externa norte-americana se estabeleceu em torno da questão populacional para os países de Terceiro Mundo. A explosão demográfica se tornou algo tão relevante quanto o combate às doenças, mobilizando esforços de atuação da Organização das Nações Unidas (ONU) para adoção de programa de controle da natalidade. A International Planned Parenthood Federation (IPPF) — organização privada criada por Margaret Sanger em 1952, que contava com o apoio de financiamento de várias entidades com finalidade de desenvolver programas e pesquisas na área de reprodução humana — começou a financiar entidades e articular uma rede de apoiadores nos países para consolidar um ambiente de apoio às propostas de intervenções populacionais em países subdesenvolvidos (Fonseca Sobrinho, 1993).

A trajetória científica de Elsimar em torno da defesa do controle populacional evidencia muito mais do que um posicionamento conservador de um pesquisador no nordeste brasileiro, como muitas vezes ele foi criticado por setores da sociedade. A genialidade de Elsimar é tornar pública uma solução prática para um problema que emerge no intrincamento entre ordem social e conhecimento, em outras palavras, a solução prática que ele recomenda articula práticas de conhecimento e ordenamento

social em que os objetos farmacológicos poderiam ser apresentados como a solução para um problema social do país, que assumia discursivamente a causa de todos os outros problemas (Shapin e Schaffer, 1985, pp.15).

De todo modo, suas argumentações encontravam grandes reações de diversos grupos sociais, conforme citado acima. Diante do cenário adverso local para o seu empreendimento controlista, Coutinho procurou apoio dos meios de comunicação e iniciou uma campanha pública se valendo da facilidade de ocupar os espaços da imprensa. Na Bahia, ele chegou a participar durante vinte anos de um programa semanal na Televisão Bandeirantes e um programa na Rádio Sociedade da Bahia onde apresentava suas ideias e posições, além de responder a perguntas de entrevistados e do público em geral. Ao mesmo tempo, escreveu artigos, livros, concedeu entrevistas, enfim, Elsimar se apresentou ao público para defender suas posições sociais e médicas. Ele presume que essa estratégia foi essencial para ampliar o apoio ao planejamento familiar (Coutinho, 2009).

Na Bahia, encontrou apoio político em um vereador chamado Pedro Godinho, a quem se refere com intimidade. Segundo comenta, “Com Godinho, procuramos sucessivamente cada governador do Estado da Bahia em busca de apoio para a introdução do planejamento familiar nos programas do Governo” (Coutinho, 2009, pp. 15). Em 1991 ele apresentou um “projeto de planejamento familiar” para a cidade de Salvador, que foi bem recebida pelo prefeito na ocasião, Fernando José. Diante da falta de recursos públicos para a implementação do plano, que incluía uma “campanha educativa permanente, encorajando o uso dos diversos métodos existentes para a prática voluntária da contracepção”, recorreu à iniciativa privada através do Rotary Club para conseguir recursos (Coutinho, 2009, pp. 23).

Em 2009 publicou um livro⁶³ com a finalidade de apresentar os resultados do controle de natalidade no estado da Bahia ao longo de 20 anos, entre 1984 e 2004. A tese defendida em sua publicação é de que a diminuição da violência na Bahia, demonstrada pelo estudo Mapa da Violência de 2006 — em que o estado da Bahia teria passado do 14º para a 22º posição e a cidade de Salvador teria saído da 6º posição para o 19º lugar entre 1994 e 2006 — seria explicada pela adoção de “vigorosa doutrinação da população no sentido de evitar a gravidez indesejada através do planejamento familiar iniciada por nós há mais de 20 anos e que dura até hoje” (Coutinho, 2009), que foi centralmente conduzida pelo Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH)⁶⁴.

Ao longo do livro ele apresenta como o CEPARH conduziu campanhas públicas no estado da Bahia principalmente ao longo da década de 1990 com a colaboração de uma agência de propaganda, denominada PROPEG, em jornais e televisão para a divulgação das vantagens do planejamento familiar para a população. A campanha foi conduzida através de cinco cartazes que ilustrariam as consequências da ausência de planejamento familiar: “promiscuidade, crime, doença, aborto e morte”. Segundo Consta, a campanha não teria gerado custos ao CEPARH, pois os veículos de comunicação e a empresa de publicidade não cobraram pelos seus serviços (Coutinho, 2009).

Um cartaz com a imagem de um jovem negro em ato de assalto com uma faca na mão e uma tarja negra sobre os olhos apresentava o título “Defeito de Fabricação” com

63 O título do livro é “Bahia. Menos violência mais felicidade” e o subtítulo “como o controle voluntário da natalidade contribuiu para diminuir a violência no estado da Bahia (1984 - 2004).

64 O CEPARH é um centro de pesquisas e atividade clínica que foi fundado no início da década de 1980 pelo próprio Coutinho e se apresenta ativo até a atualidade, falaremos sobre ele no próximo tópico com mais detalhamento. O que importa aqui é destacar que o CEPARH garantiu uma certa autonomia de atuação para Coutinho no estado da Bahia, permitindo que ele articulasse parcerias e convênios em torno das propostas de controle de natalidade.

o subtítulo “Tem filho que nasce para ser artista, tem filho que nasce para ser advogado. Infelizmente tem filho que já nasce marginal”. Um outro cartaz apresenta uma imagem de Nossa Senhora que carregava o menino Jesus com os dizeres “ela teve apenas um filho que mudou o mundo” (Coutinho, 2009, pp. 24; Coutinho, 1998, pp.26).

Todos os cartazes foram duramente criticados por trazerem conteúdos racistas e lombrosianos⁶⁵ (De Zordo, 2004). Sob tais acusações, Elsimar se apresenta consternado e as responde em artigo, questionando se as agências de publicidade deveriam excluir pessoas negras nas campanhas em uma cidade cuja maior parcela da população é negra. Ele continua o artigo afirmando que se tratava de uma ação organizada pelos críticos do planejamento familiar para deturpar as intenções da propaganda e insultá-lo pessoalmente como líder da campanha. A sua conclusão apresenta uma sentença, agora é tarde, “perderam os descontrolistas”, pois “o planejamento familiar já foi oficializado tanto no INAMPS como no Ministério da Saúde” (Coutinho, 1998).

Ao mesmo tempo, Coutinho conduziu através do CEPARH um projeto de interiorização do programa através de conferências e seminários com a participação dos médicos. Chegou a construir uma unidade do CEPARH através da doação de empresários locais e da prefeitura em Feira de Santana e núcleos em outras cidades menores do interior da Bahia. Ressalta que encontrou bastante apoio entre as Igrejas Evangélicas, que os abriram espaços para falar durante os cultos. Os pastores, segundo informa, buscavam ativamente a vasectomia (Coutinho, 2009).

65 Cesare Lombroso foi um psiquiatra italiano, fundador da antropologia criminal, que atribuía características físicas e psicológicas distintivas do homem criminoso.

Ao final de 1994, comemorados 10 anos de existência do CEPARH, encontrou apoio na secretaria de saúde ao final do governo de Waldir Pires⁶⁶, quando Nilo Coelho, seu vice-governador, assumiu o governo e nomeou como secretário de saúde Luiz Calmon Teixeira. Calmon é um médico muito próximo a Coutinho, que faz parte de seu núcleo mais íntimo de trabalho e amizade. Atualmente, ele divide consultórios com Elsimar nas diferentes capitais em que realiza consultas médicas e prescreve os implantes. A sua chegada à secretaria de saúde estadual, pelas palavras de Elsimar “varreu toda a resistência que existia anteriormente”. Os governadores que o sucederam mantiveram o mesmo posicionamento e não criaram dificuldades ao planejamento familiar, ainda que Elsimar pontue que a ajuda financeira ao CEPARH se “manteve insignificante”. Através de Pedro Godinho, vereador, ele procurou diversos ministros no governo Federal, mas nada conseguiu (Coutinho, 2009).

É fundamental destacar, que ele modificou o seu vocabulário e foi se utilizando da terminologia “planejamento familiar” para legitimar suas ações políticas no estado da Bahia, alistando apoiadores em diversos setores da sociedade. De todo modo, a semântica em torno do tema permanece em torno das ideias subjacentes à noção de controle populacional, o que se evidencia em diversos pontos de seus textos mais atuais, através de palavras como “doutrinação da população no sentido de evitar a gravidez indesejada (Coutinho, 2009)”.

66 Waldir Pires deixou o governo para assumir a vaga de vice-presidência da República na chapa de Ulisses Guimarães.

Muito além da relação entre problemas médicos e problemas sociais, ao longo de toda sua trajetória, Elsimar estabeleceu uma articulação retroalimentar entre os problemas médico-sociais, cujo epicentro estaria na necessidade de regulamentação da fertilidade, e os objetos farmacológicos desenvolvidos por ele mesmo. Em outras palavras, o efeito contraceptivo dos compostos químicos que ele vinha desenvolvendo se apresentaria como a solução para o que afirmava ser o principal problema social do país, o “descontrole da natalidade no Brasil”.

Ao mesmo tempo que Coutinho⁶⁷ construiu uma narrativa sobre si mesmo e enfatizou sua trajetória pública como cientista, médico e pesquisador engajado com as soluções de problemas sociais, procurou se diferenciar dos políticos, estabelecendo uma polarização entre a finalidade pública de suas ações, de um lado, e os interesses menos virtuosos dos políticos em geral, de outro. Manica sistematizou essa ideia em sua tese de doutorado:

A todo momento, Coutinho busca se definir como um cientista, um pesquisador, médico e em ‘oposição’ aos ‘políticos’. Mais do que isso, procura identificar suas opiniões e projetos como apolíticos, como se estivesse ‘fora’ do domínio da política, embora as alianças, como as que fez com Pedro Godinho, fossem recorrentes em seu percurso e importantes para a consolidação de alguns de seus projetos e embora também a política não seja privilégio daqueles que ocupam os cargos de poder público (Manica, 199, pp 198)

67 Para conhecer a biografia científica de Elsimar, ler Manica, 2009.

É possível perceber em sua polarização, que ele identifica como *políticos* as figuras que ocupam algum lugar de atuação no Estado e, mais especificamente, em governos ou Câmaras Legislativas, uma acepção rudimentar da perspectiva weberiana de políticos profissionais. Mesmo tomando sua concepção de *políticos*, é importante destacar que ele apresentava diversas relações com estas figuras tradicionais na Bahia. É possível situar em diversos pontos de sua trajetória, aspectos que evidenciam as suas imbricações com políticos em diferentes estâncias. Apenas para situar alguns exemplos: o recebimento da bolsa CAPES, articulada pela mediação de um político; as articulações internacionais com o Population Council e a Fundação Rockefeller; as relações dentro da universidade; as suas articulações mais contemporâneas com a ANVISA; as relações com o governo baiano; as suas relações com meios de comunicação.

Ao contrário da possibilidade de separação entre esferas e categorias com limites precisos e distintos, a trajetória de Elsimar evidencia articulações minuciosas e capilares entre ciência e política, que encontram emaranhados internacionais. A política aqui pode ser rerepresentada e observada a partir dos produtos intelectuais que foram sendo fabricados e legitimados na comunidade científica que ele fez parte onde diferentes tipos de interesses são endereçados (Shapin e Schaffer, 1989). Se ele encontrou dificuldade em convencer os políticos sobre a importância de adotar uma posição governamental mais discursiva a respeito do “controle populacional”, de outro lado, a regulamentação médica da fertilidade através de objetos farmacológicos foi amplamente adotada pela sociedade. Outros produtos intelectuais, tais como um tipo de administração de hormônios, a lógica assistencial centrada no médico e que escapa do espaço das políticas públicas, a fragmentação entre perfis de usuárias, as imbricações

público-privada na assistência contraceptiva, o efeito negativo da menstruação, enfim, diversos produtos intelectuais contaram com o engajamento e ativismo científico bastante acurado de Coutinho. Seus produtos intelectuais operam políticas de governabilidade de vidas e corpos na contemporaneidade.

5 DÊ-ME UM LABORATÓRIO E EU EDIFICAREI UM MUNDO: DA DINÂMICA DE PRODUÇÃO DOS PRODUTOS INTELECTUAIS NO CEPARH PARA A COMERCIALIZAÇÃO DE PRODUTOS NA ELMECO

No início da década de 1970, Elsimar intensificou sua participação em simpósios e eventos internacionais que ocorriam relacionados aos temas de pesquisas que ele se encontrava envolvido⁶⁸. Cumpre lembrar, ainda que mencionado anteriormente, que ele fazia parte da rota de financiamentos das Fundações Rockefeller e Ford, além do Population Council, o que certamente contribuiu para que suas pesquisas fossem conhecidas e divulgadas através dos eventos científicos que transladavam em torno destas fundações. No mesmo período, ele publicou inúmeros artigos científicos em periódicos relevantes para a comunidade científica internacional relacionados à fertilidade e contracepção. Esta posição estratégica possibilitou que ele se inserisse em dois grupos internacionais incipientes. O primeiro ocorreu em função de um convite de Sheldon Segal⁶⁹, tratava-se do Comitê Internacional para a Pesquisa com Contraceptivos (ICCR) e o segundo foi o Conselho Diretor do incipiente programa de Pesquisas e Treinamento em Reprodução Humana da Organização Mundial de Saúde (OMS). No ICCR ele ficou responsável pela coordenação de desenvolvimento dos implantes subdérmicos, o que foi relevante para o desenvolvimento de pesquisas no Brasil com esta forma de administração (Manica, 2009; Coutinho, 2014).

68 A intensidade da dinâmica internacional do pesquisador gerou desentendimentos no departamento de Bioquímica da Universidade da Bahia onde ele estava lotado desde seu ingresso na instituição. Assim, ele é transferido para o Departamento de Assistência materno-infantil na Maternidade Climério, o que foi comemorado pelo pesquisador (Coutinho, 2014).

69 importante personagem da área de saúde reprodutiva internacional, foi um dos cientistas responsáveis pelo desenvolvimento do Norplant[®], como mencionado previamente.

No mesmo período, a pesquisa se tornou atividade relevante na Maternidade Climério de Oliveira, tornando-se sua principal atividade científica. A instituição foi integrada ao Comitê Internacional de Pesquisas em Contracepção (ICCR) e definida como um Centro de Pesquisas Clínicas da Organização Mundial de Saúde. Diante destas nomeações, a Maternidade se fez atrativa para financiamentos e novas parcerias, ganhando notoriedade internacional nas áreas de pesquisa relacionadas ao emergente campo da reprodução humana (Coutinho, 2014).

Foi um momento de muitas articulações e associações na Climério de Oliveira que se fazem a partir de micro interações encadeadas em atividades eminentemente práticas, alistando apoiadores e também, é fato, encontrando reatores importantes (Latour, 2012), como Coutinho cuida de reiterar em diversos momentos: a Igreja Católica, os estudantes de esquerda, políticos que discordam do planejamento familiar, as feministas.

É importante compreender que os métodos de pesquisa não são apenas “recursos irrefletidos”, assim não podem ser compreendidos apenas como um arranjo formal. Ao contrário disso, os métodos de pesquisas são atividades práticas materiais, que apresentam padrões de como se fazer e organizar coisas (Shapin e Schaffer, 1985). Neste momento, muitas destas práticas de pesquisas estão sendo inauguradas, constituindo rotinas de práticas que envolvem enunciados, conceitos e manipulações do corpo feminino e de hormônios. A propósito, estão sendo produzidas articulações entre as pesquisas, o corpo feminino e os hormônios que, na medida que se engendram, constituem campos científicos, como é o caso do emergente campo da Reprodução Humana.

A Reprodução Humana está se constituindo como um grupo de práticas e de pesquisas que relaciona corpo humano, técnicas com hormônios e técnicas cirúrgicas centrada na regulação da fertilidade. O grupo da Bahia iniciou suas pesquisas com o olhar atento ao útero gravídico, depois, direcionou-se ao útero não grávido. Neste momento, nos entremeios da década de 1970, eles direcionam seus olhares também aos estudos sobre a fisiologia da trompa, movimentando-se no sentido de compreender a motilidade do ovário humano, observando o transporte ovular. Ao mesmo tempo, dedicam-se ao desenvolvimento dos implantes e inicializam os estudos com a contracepção masculina. Por diferentes ângulos, eles buscam objetos e técnicas que controlem a fertilidade humana.

No caso do corpo feminino, há um escrutínio mais pervasivo que se utiliza de técnicas perfurantes que podem acessar o orgânico através de múltiplos e incisivos objetos, seja através da análise de substâncias hormonais, seja através de exames de imagem invasivos, como a histerossalpingografia, ou através dos experimentos com implantes hormonais subdérmicos. O corpo da mulher que participa dos experimentos vai se perfazendo através e com o uso destes objetos. Assim sendo, ele é necessariamente um corpo dinâmico, manipulável, em que se busca *descobertas, efeitos terapêuticos e efeitos colaterais*, ou seja, um corpo para resultados efetivos, onde se deve encontrar os efeitos benéficos dos objetos farmacológicos. Não se busca qualquer novidade, mas efeitos em torno da regulamentação da fertilidade.

A década de 1970 construiu as condições de existência e fortalecimento do grupo de pesquisadores da Maternidade, mas isso gerou reações entre os próprios membros. Nas palavras de Elsimar, “provocou ressentimento em alguns colegas que se sentiram diminuídos” (Coutinho, 2014, pp. 183). Ao passo que eles ampliaram sua

relevância internacional na década de 1980, eles começaram a encontrar dificuldades relacionadas ao financiamento, dificuldade de apoio governamental, além disso, as oposições nacionais às atividades de pesquisas locais se tornaram mais exasperadas e veementes.

Assim, em 04 de maio de 1981 foi fundado o Centro de Pesquisas e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH) dentro da Maternidade Climério de Oliveira. Para Elsimar, “a criação do CEPARH se fazia necessária principalmente para promover a contracepção que ainda encontrava resistência generalizada no Estado e no País” (Coutinho, 2014, pp. 184). Ele também menciona que o centro proporcionaria uma estabilidade para o desenvolvimento das pesquisas, evitando as oscilações ocasionadas pelas repetidas greves das universidades federais brasileiras. Ele mesmo se tornou o diretor da instituição e, pelo que se pode perceber, dedicou-se a ela por toda a sua posterior trajetória profissional, conforme enuncia Manica (2009).

Coutinho trabalhou na constituição de um espaço ‘autônomo’ que possibilitasse a implantação de um programa de planejamento familiar, que incluísse também homens, impossibilitado na Maternidade. Ao mesmo tempo, esse espaço permitiria a continuidade das pesquisas clínicas relacionadas à área da reprodução, dentre as quais as pesquisas com contraceptivos. A partir de 1984, o Ceparh, Centro de Pesquisas e Assistência em Reprodução Humana, passou a funcionar em uma casa no bairro Nazaré (Manica, 2009, pp. 169).

Em 1988, a partir da doação de 10 milhões de dólares de um empresário internacional, Eric Loeff, a sede foi transferida para o Bairro Federação, onde permanece até os dias atuais (Coutinho, 2014, pp 165).

O CEPARH funcionou e continua funcionando como uma clínica de planejamento familiar, que garantiu uma certa autonomia para que Elsimar desenvolvesse práticas de treinamento em atividades clínicas e atividades de pesquisa, além de ações mais disseminadas, como a campanha pública em defesa do controle populacional, apresentada anteriormente. Através do CEPARH, médicos puderam receber treinamentos com a finalidade de oferecer assistência às mulheres com a sua perspectiva teórico-prática. Além de oferecer diversos métodos de contracepção, o centro possibilitou a abertura de convênios com outras instituições, como a própria UFBA e, mais recentemente, com o Sistema Único de Saúde (Coutinho, 2015).

O CEPARH se constituiu em uma instituição múltipla que agregou variadas funcionalidades, através de diversos tipos de profissionais que, neste sentido, realizou pesquisas com inúmeros objetos, técnicas e substâncias nas mais profusas e profundas partes do corpo, notadamente, aquelas relacionadas à sexualidade e reprodução. Esta versatilidade e amplitude, que se viabilizaram através de uma débil regulamentação e normativa a respeito deste tipo de instituto no país, conduziu o centro a diferentes potencialidades. A partir deste espaço, Elsimar possuía certa autonomia não apenas para construir uma rede assistencial própria, como para dar continuidade às suas pesquisas clínicas, que passavam centralmente pelos implantes hormonais subdérmicos, mas também envolveu pesquisas com uma proposta de vacina contraceptiva e outros sistemas de entrega, como o anel vaginal, novos tipos de Dispositivos Intra-Uterinos.

Ao longo da década de 1980, segundo encontrei nas pesquisas de artigos, Elsimar esteve desenvolvendo pesquisas com a gestrinona com a finalidade de tratamento de miomas com resultados positivos (Coutinho, 1994, pp. 184; Coutinho, 1981; 1985; 1986). Esta substância, que é considerada um antiestrogênio e

antiprogesterona, tornou-se, na atualidade, um dos principais chamarizes dos consultórios privados de Coutinho.

O CEPARH foi fundado através de uma extensão da Maternidade, valendo-se de sua legitimidade, de um trabalho construído através de profissionais, professores e pesquisadores da Universidade Federal da Bahia, financiamentos de fundações internacionais e do circuito de práticas e pesquisas que se engendram em torno do incipiente campo da Reprodução Humana no Brasil. Desde este lugar, ele se tornou um empreendimento dirigido e conduzido centralmente por Elsimar, que fez deste espaço, “as meninas de seus olhos”, como Manica (2009) situa:

O Ceparh, menina dos olhos do Coutinho, pode ser pensado, de certa forma, como uma síntese de sua própria trajetória: concentra, ao mesmo tempo, um espaço para a realização de pesquisas clínicas com contraceptivos; para o provimento, à população de Salvador, de um serviço gratuito de ‘planejamento familiar’; congrega, ainda, uma ampla rede de pessoas, funcionários em geral, médicos, enfermeiros, administradores, e de artefatos e substâncias (como os métodos contraceptivos, centros cirúrgicos, os hormônios, o laboratório farmacêutico) envolvidas no projeto do Ceparh, e com a pessoa de Elsimar Coutinho (Manica, 2009, pp. 203).

É interessante destacar um outro aspecto relevante nesta trajetória. O empreendimento construído por um médico-cientista-professor parte de uma trajetória construída no interior de uma instituição pública federal e se engaja no desenvolvimento de uma exitosa carreira empresarial. É verdade que o CEPARH oferece serviços gratuitos, mas ele também disponibiliza serviços privados, tais como, cirurgias, consultas médicas e, mais contemporaneamente, conta até mesmo com um “cartão fidelidade”. As imbricações público-privado são características das confusões de fronteiras que se fazem presentes em sua trajetória.

De diferentes maneiras, os entremeios da década de 1980 e a década de 1990, coincidentes com o surgimento do CEPARH, projetaram Elsimar aos meios de comunicação, fizeram-no uma figura conhecida e atuante em diferentes cenários. Ainda que Elsimar tenha circulado pelos espaços da elite política e científica ao longo de toda sua carreira, nestes anos, ele se engajou em uma trajetória mais pública: participando de programas de TV e rádio, escrevendo em jornais, produzindo livros, concedendo entrevistas. Ao mesmo tempo, ele se empenhou em um projeto empresarial que se destinou a comercialização dos implantes hormonais subdérmicos, a empresa Elmeco cuja sede está situada em um anexo dentro do próprio CEPARH (Coutinho, 2014).

A partir do CEPARH, Coutinho produziu um anexo, a Elmeco, nome da empresa de manipulação, mencionada anteriormente: “A Elmeco foi fundada na Bahia em 1993 com o objetivo de investigar o desenvolvimento e a produção dos implantes hormonais subcutâneos criados pelo médico e cientista Prof. Dr. Elsimar Coutinho”, que “em 2011, a ELMECO expandiu sua atuação guiada pelo fortalecimento do produto e a ampla aceitação no mercado. A reestruturação buscou atender a demanda crescente sempre com maior qualidade e segurança”. Ainda no site da empresa⁷⁰, há um vídeo institucional com a proposta de apresentar a história da Elmeco, cujo título é “**ELMECO implantes hormonais - linha do tempo**”⁷¹, encontramos o texto abaixo, que é apresentado com um pano de fundo rosa claro e uma música que dinâmica e animada.

No início dos anos 60, o Dr Elsimar
Coutinho descobriu o efeito anticoncepcional da medroxiprogesterona.

70 Disponível em: <www.elmeco.com.br>.

71 Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=swbtjc4b4KY>> . Acesso em 2 de Agosto de 2017.

Em 1994 ele cria a Elmeco, em Salvador, Bahia. Um das únicas farmácias de manipulação de implantes hormonais do mundo. Manipula 6 substâncias: estradiol, testosterona, gestrinona, levonorgestrel, acetato de nomegestrol e nesterone. Produzindo em média 100 mil implantes por ano. A Elmeco tem hoje 65 médicos associados em todo Brasil. Atendendo 20 mil pacientes. 85% mulheres, 15% homens. Elmeco, alta tecnologia para o seu bem estar. 20 anos Elmeco implantes hormonais⁷².

Ao mesmo tempo, uma empresa, uma farmácia e um laboratório que se especializou em implantes subdérmicos, a Elmeco pode ser compreendida como um *puxadinho* em diferentes sentidos. Ela foi possível a partir das bases estruturais empreendidas na construção do CEPARH, valeu-se de diferentes trajetórias, trabalhos e pesquisas desenvolvidas desde os anos 1960 na Universidade da Bahia. Com base neste alicerce, fixou-se em uma pequena parte do prédio, tomando substâncias, técnicas, profissionais, conceitos, normativas e valores. A Elmeco parte de saberes e práticas constituídos em uma instituição pública, a UFBA, mas engendra práticas exclusivamente privadas de comercialização de produtos voltados à satisfação de necessidades específicas de uma pequena parcela de consumidores.

5.1 Um sistema de produção cruzado - o trabalho de campo no CEPARH e na Elmeco

O trabalho de campo no CEPARH envolveu conversas informais, entrevistas, observação, além da leitura de artigos e coleta de materiais para posterior análise, como

72 Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=swbtjc4b4KY>> . Acesso em 2 de Agosto de 2017.

artigos e folhetos de divulgação dos objetos farmacológicos. A principal entrevista foi aquela concedida pelo próprio Elsimar Coutinho, mas também consegui me reunir com a farmacêutica responsável pela Elmeco, que elucidou muitos aspectos da produção dos implantes. As conversas informais envolveram diversos profissionais que trabalham nos diferentes espaços do CEPARH, além de mulheres que buscavam assistência na instituição.

Desde minha chegada ao prédio, meu interesse principal se direcionava a Elmeco, a empresa de manipulação que produz os implantes hormonais subdérmicos. No entanto, desde a entrada possível perceber que a estrutura do edifício estava centralmente configurada em torno do CEPARH, o que, aliás, perturbou minha expectativa inicial, que se baseava na centralidade espacial da Elmeco. O nome grafado na entrada principal é Clínica de Planejamento Familiar, demonstrando a ênfase conferida aos aspectos assistenciais da estrutura espacial. Como descreverei mais adiante, a farmácia de manipulação é, na prática, uma indústria de pequeno porte e, sua relevância não está relacionada a proporcionalidade física.

A entrada no prédio do CEPARH conduz a um corredor onde é possível acessar uma escada para os andares seguintes ou adentrar uma área externa arborizada onde também se encontra uma cantina. O prédio principal contém quatro andares, organizados da seguinte maneira: no térreo, além dos corredores e cantinas, situa-se um hospital-dia destinado a intervenções cirúrgicas e um espaço com consultórios destinados às consultas de planejamento familiar; no segundo andar há um laboratório, onde são realizados diversos tipos de exames, principalmente, de análises clínicas; no terceiro andar existem consultórios de um lado e, no lado oposto, há uma área reservada; no quarto andar existe uma sala de reunião ampla e toda a parte

administrativa onde também está situada a sala da presidência do CEPARH, que é a sala de Elsimar Coutinho.

A entrevista com ele ocorreu na sala da presidência onde ele destacou as relações entre o desenvolvimento dos implantes, a construção do CEPARH e, posteriormente, a fundação da Elmeco. O interesse e foco das perguntas se direcionavam a compreensão da especificidade da Elmeco nesta trajetória, antes de conhecer fisicamente o laboratório farmacêutico. A medida que a conversa se encaminhou, ficou explícito que, na perspectiva de Elsimar, aquele complexo prédio, que envolvia diferentes tipos de produções e serviços, tratava-se do mesmo projeto, que, por sua vez, imiscuía-se a sua própria trajetória profissional.

A divisão entre CEPARH e Elmeco — e aqui se poderia incluir também seus consultórios particulares nas capitais (São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília e Salvador) — ocorre apenas em termos procedimentais administrativos, mas, em sua narrativa, os diferentes espaços de saúde se tratavam de um projeto profissional comum. Estes lugares concretizam práticas de diferentes níveis, desde pesquisas, consultas médicas, campanhas públicas e treinamentos, através das quais ele operou suas teses científicas, sendo o *planejamento familiar* e a defesa da *inutilidade da menstruação* o mote de seus principais engajamentos. Nestes espaços, ele fabricou e desenvolveu suas “teorias” e “produtos”.

Através da sentença “Aqui é a base de operações minha, que é o CEPARH” ele me apresentou que não havia uma divisão ou dicotomia entre os espaços, a lógica de funcionamento evidencia um continuum de práticas, serviços, produtos, substâncias e técnicas que se consubstanciam e se tornam lógicos a partir do projeto que Elsimar construiu em torno de sua própria trajetória (Coutinho, 2015).

Ao longo da entrevista, apareceu uma outra relação bastante relevante na constituição deste complexo de práticas e saberes engendrados nestes diferentes espaços a partir da coordenação de Coutinho. Ele mencionou que alguns procedimentos realizados no CEPARH são pagos pelo SUS, como vasectomia e ligadura, ao mesmo tempo em que comentou que sua prática clínica privada oferecia condições para que o CEPARH continuasse existindo e prestando assistência gratuita de planejamento familiar. Conforme enunciado na clínica, o CEPARH oferece consultas de “planejamento familiar” diariamente que são gratuitas e ocorrem por ordem de chegada através da distribuição de senhas. No andar debaixo da sala da presidência, encontrei um balcão em que trabalha uma solícita atendente, uniformizada, que permanece do lado externo a uma grande sala com porta de vidro. Na entrada desta sala há um telefone “público” e um letreiro com os dizeres “consultórios reposição hormonal”. Ali, são realizadas marcações de consultas privadas com diferentes especialidades.

Após me identificar no balcão, direcionei-me ao espaço que se situava internamente à porta de vidro. Trata-se de um espaço amplo, muito maior do que eu imaginava visualizando de fora, com uma área comum onde se disponibilizavam aproximadamente 50 cadeiras, praticamente todas ocupadas, além de quatro guichês estrategicamente posicionados com uma atendente em cada um deles. Em torno da área comum desta vasta sala, circundando o local central, existem seis consultórios, todos com as respectivas portas fechadas.

A maior parte das pessoas que se encontravam na sala de espera eram mulheres, contabilizei poucos homens, em torno de quatro, a maioria das pessoas aguardava por atendimento médico e, enquanto ali permaneciam, manipulavam seus celulares, liam revistas ou permaneciam aguardando sem maiores distrações. As idades pareciam

diversificadas, a maioria das mulheres aparentavam algo entre 35 e 45 anos com algumas certamente mais velhas.

A organização do atendimento funcionava através de senhas em que cada pessoa pegava ao entrar na sala. A dinâmica era bastante parecida com os laboratórios de análises clínicas e clínicas particulares de medicina e, em alguns aspectos, também se assemelhavam a bancos ou diversos serviços públicos, que também adotaram o arranjo de senhas para o atendimento. As pessoas chegavam, pegavam suas senhas e aguardavam seu atendimento no guichê. Quando seu número é chamado, elas se direcionam ao respectivo guichê e recebem a orientação com relação a sua demanda.

Aquele espaço físico dentro do CEPARH era destinado às consultas clínicas das mais variadas especialidades, sendo a principal delas, a ginecologia. As consultas são agendadas previamente por telefone ou na parte externa da sala (no balcão mencionado anteriormente), aceita-se “muitos planos de saúde” e também se realiza consultas particulares cujo valor era fixo, independentemente da especialidade ou do médico, duzentos e cinquenta reais (R\$250,00). Ao longo das conversas, foi destacado que aquele local era especificamente destinado às consultas particulares e que as consultas de planejamento familiar, “gratuitas” eram realizadas em outro local, no primeiro andar, como mencionado previamente.

5.2 A Elmeco e seus recursos de transformação: artefatos, instalações, profissionais e dinâmica de produção

A Elmeco sou eu né? Elsimar Metzker Coutinho.

E aí pronto! A Elmeco é uma empresa familiar

(entrevista, 2015).

Durante a entrevista, foi o próprio Elsimar que me orientou a respeito da localização da empresa:

A Elmeco é aqui no prédio, tem um prediozinho a parte, um outro prédio pequeno e que ela está instalada aí e aí que a fiscalização é... do governo do ministério da saúde é que fiscaliza esses laboratórios de manipulação, todos, né? Mas os de manipulação de injetáveis só tem dois no Brasil, um em São Paulo e um nosso. E esse daí já está em funcionamento há uns 10 anos já (...). A gente não faz nada para oral, a gente só faz injetável, não temos interesse (Coutinho, 2015).

A respeito de sua trajetória de surgimento, ele mencionou:

EC: Os implantes para mim serviam como veículo para eu colocar qualquer esteróide no corpo da paciente e aí eu desenvolvi o de testosterona, de estradiol, publiquei nos grandes congressos como é que a coisa funcionava, entendeu? Para ver se interessava aos outros e os esteróides, as progesteronas cada uma dava um tempo diferente do efeito porque tinha estruturas químicas diferentes. Fiz implantes para 6 meses, para 1 ano, para 2 anos e implante para 5 anos. Com o levonorgestrel a gente fez um estudo multicêntrico enorme, entendeu? E publicamos na revista *contraception*, principalmente, porque eu era um dos editores, mostrando que funcionava muito bem durante cinco anos. Mas a politicagem daqui que foi proibindo as coisas, os laboratórios um engolindo o outro, a indústria farmacêutica uma engolindo a outra, fechando, entendeu? Disputando espaço e o negócio foi rolando, aí, eu digo, sabe do que mais? Eu vou fazer uma farmácia de manipulação. Aí surgiu a Elmeco. A Elmeco sou eu né? Elsimar Metzker Coutinho. E aí pronto! A Elmeco é uma empresa familiar.

Eu: Ela é de manipulação, é isso?

EC: É de manipulação de injetáveis! Só tem duas no Brasil. Tem uma em São Paulo e uma aqui, que é a minha. De injetáveis, só tem essas duas farmácias de manipulação no Brasil. Eu faço somente de

esteróides. Eu não estou mais interessado em passar isso adiante não. A Elmeco funciona aqui fazendo estes implante, damos cursos periódicos para os médicos aprenderem a usar os implantes, damos aula como é que usa os implantes, o que a gente faz, é uma raridade ter problema com implante, quando dá problema é porque alguém errou na colocação ou na retirada, machucou a paciente, uma coisa dessas, por isso a gente treina, faz questão de que o médico aprenda como coloca, como é que tira”.

Eu: Essa distribuição é para as pessoas que treinaram aqui?

EC: É para pessoas que treinaram aqui. A gente não vende para qualquer um não, a gente vende sabendo quem é a pessoa.

Aqui estão enunciados alguns atributos que se mostram recorrentes nos discursos em torno da empresa: a *exclusividade* de seus produtos, que se evidencia quando ele menciona que “só tem essas duas farmácias de manipulação no Brasil” ; a *distinção* ou *superioridade técnica*, que se demonstra através da explicação da sua diferença com as práticas de manipulação de medicamentos oral, que exigiria menor rigor; caráter *pedagógico* e *circular* dos implantes, que envolve constituição de uma rede própria de médicos com uma clínica e produção de objetos médicos.

Um outro aspecto interessante de sua fala é a demarcação com a indústria farmacêutica, que se apresenta através da diferenciação de finalidades. Enquanto a indústria estaria direcionada à venda e ao lucro, os objetivos da Elmeco seriam mais virtuosos. Ainda que ele não tenha mencionado neste momento, essa polarização retornará em outros momentos, reforçando que a Elmeco está comprometida com a “qualidade de vida” e o “bem estar” das pessoas. Neste sentido, os deslizamentos semânticos entre “laboratório”, “indústria farmacêutica” e “farmácia” reforçam estas distinções valorativas.

Em outra fala, ele retoma a polarização com a indústria que reforça as questões comentadas acima:

A indústria me vê, assim, como o cara que tirou deles a mamata de fazer remédios para a pessoa tomar todo dia. Eu tenho bons amigos — tinha, porque estão todos aposentados, presidente da Merck, me tratava de tu, entendeu? A mulher dele italiana, ele era um alemão fino, nobre, e o pessoal do Merk... um dos médicos da Merk, alemão, ficou comigo aqui um ano trabalhando junto comigo no desenvolvimento do Elmetrin, que é um implantezinho de 6 meses, que serve, inclusive, para meninas jovens que tão com menarca precoce, colocam um implantezinho dele a gente adia a menarca dele 2, 3 anos para ela poder crescer, um monte de usos. É uma coisa inacreditável. É uma caixa de pandora, minha filha! É!

É um comprimido por ano, não interessa a indústria vender um comprimido por ano, entendeu? Ou o médico faz isso ou ninguém faz, porque a indústria não vai colocar um comprimido para a pessoa comprar um comprimido por ano. Não é interessante. Ninguém queria saber.

Eu sobrevivi a guerras intestinas, o governo entrando no meio e proibindo. O Chagas me disse isso, tem que jogar com a cera que a gente tem, porque eles não respondem as cartas, eu fiquei na OMS através desse artifício proposto por Carlos Chagas Filho, entendeu? Ele e o secretário lá, que era brasileiro também, que achavam que, assim, que tinha de fazer, a gente tem que jogar do jeito que eles jogam, entendeu? Eles não estão fazendo isso? Não respondem para você não vir? Porque não é um parente deles, uma lástima.

A polarização aqui se amplia e também inclui as divergências com os governos. A Elmeco aparece como uma empresa que consegue emergir dentro dessa teia de tensões e interesses apresentadas por Elsimar. Ao que se apresenta, a figura dele é central na medida em que ele aprende a “jogar com a cera”, o que poderia ser traduzido como as maneiras como ele conseguiu compreender os caminhos através dos quais ele conseguiria desenvolver suas pesquisas e, mais recentemente, vender seus produtos dentro das normatizações sanitárias vigentes no país.

Conforme mencionado anteriormente, a empresa foi fundada em 1993. A Elmeco é uma empresa de manipulação de medicamentos, segundo consta no registro

da Anvisa. Sua situação está ativa e a atividade é “manipular insumos farmacêuticos” com “dispensação de medicamentos contendo substâncias sujeitas ao controle especial”⁷³. Trata-se, portanto, de uma farmácia de manipulação com finalidade de vender medicamentos de controle especial, os implantes hormonais subdérmicos.

A Elmeco é regida pela Resolução da Diretoria Colegiada 67 da Anvisa (RDC 67)⁷⁴ de 8 de outubro de 2007 que “dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiniais para Uso Humano em farmácias”. A RDC divide seis grupos atividades/natureza dos insumos manipulados. A Elmeco se enquadra no grupo IV que versa sobre a manipulação de produtos estéreis, que seriam os produtos injetáveis. Na ocasião de enquadramento da empresa em um dos grupos, como não havia nenhum estabelecimento semelhante, a Anvisa a enquadrou no maior nível de exigência, que seria dentro da normatização de injetáveis, mesmo que eles não trabalhem com ampolas. Ainda que não trabalhem com ampolas, de todo modo, são preparações destinadas a serem injetadas no corpo humano.

Em uma atividade de apresentação da Elmeco durante um curso para prescritores da Elmeco, uma fala representou bem a apresentação da empresa nos termos em que ela é pensada internamente:

A farmácia magistral no Brasil é modelo para as farmácias magistrais no mundo. A nossa legislação, a RDC 67 é completíssima, é usada para legislar em outros países, as pessoas seguem a

73 Disponível no sítio eletrônico da ANVISA.

74 A RDC 67 é um tipo de “regulamento Técnico fixa os requisitos mínimos exigidos para o exercício das atividades de manipulação de preparações magistrais e oficinais das farmácias, desde suas instalações, equipamentos e recursos humanos, aquisição e controle da qualidade da matéria-prima, armazenamento, avaliação farmacêutica da prescrição, manipulação, fracionamento, conservação, transporte, dispensação das preparações, além da atenção farmacêutica aos usuários ou seus responsáveis, visando à garantia de sua qualidade, segurança, efetividade e promoção do seu uso seguro e racional” (ANVISA, 2007).

brasileira, a gente tá realmente na frente em relação a manipulação de medicamentos, anos luz. Então, por isso que ser um produto que um brasileiro que inventou, o perfil do paciente brasileiro é mais arrojado, vai mais atrás da qualidade de vida. Então, tudo isso contribui para que seja mais forte no Brasil do que em outros lugares, principalmente o implante que é manipulado, porque existe implante nos Estados Unidos e na Europa, mas que são industriais e o manipulado de silicone só aqui (curso de prescritores, 2016)

A afirmação de protagonismo e exclusividade brasileira no desenvolvimento e produção dos implantes que aqui aparece, está constantemente presente nas falas de Elsimar e nos materiais de divulgação da empresa. De todo modo, o interessante da fala aqui destacada é que ela articula “legislação” nacional, o cientista brasileiro e os implantes em torno de uma ideia de vanguardismo brasileiro. Os três elementos aparecem caracterizados como diferenciação nacional que é valorizada em termos de avanço nacional. Articulados, legislação, o cientista e seus objetos atuam co-constituindo a figura do “paciente brasileiro”, que é “mais arrojado” e “vai mais atrás da qualidade de vida”. A empresa seria a amálgama deste projeto nacional.

Um outro aspecto que aparece na fala, refere-se também a uma relação entre empresa e Estado, que aparecem em uma relação de parceria:

E para manipular testosterona, a gente é regido pela portaria 344, medicamentos controlados. Todo ano obrigatoriamente uma vez ao ano, a ANVISA visita a gente, fica lá com a gente, uma ou duas semanas. Esse ano foram 2 semanas, é... aprendendo muito. Eles sempre falam que vão para aprender mais do que para ensinar, porque a gente é realmente a única farmácia que faz isso, especializada nisso. Aqui, então, eles ficam com a gente, a gente bate muita bola mesmo, a gente divide muito, a gente faz muita coisa junto, nós e a ANVISA, e eles vão lá uma vez por ano, a gente é muito junto mesmo, a gente tem uma relação muito bacana (Curso de prescritores, 2016).

Ainda que a fala não apresente desta maneira, a impressão é de que a empresa foi se fazendo no mesmo tempo que seus critérios de fiscalização e suas normativas técnicas, mais do que isso, a empresa ensina a ANVISA como ocorre o seu funcionamento. Foi-se inventando um tipo de produção, que se viabilizou através da farmácia de manipulação, ao mesmo tempo, foi construindo “puxadinhos” normativos e administrativos para se operar uma cadeia produtiva.

Para que a Elmeco fosse possível, um conjunto de dispositivos, procedimentos e processos sociais foram necessários: desde as pesquisas de Elsimar; seu engajamento em relações científicas e políticas nacional e internacionais; a construção de um espaço “autônomo” de pesquisa; modificações regulamentatórias entre serviços públicos e privados; alistamento de profissionais que trabalham e contribuem para o aprimoramento dos objetos; a criação da ANVISA; mudanças a respeito da compreensão do que é a saúde no país, que incorpora centralmente a ideia de um produto a ser consumido; as consumidoras e os consumidores de implantes.

5.3 A cadeia produtiva da Elmeco

Com relação a *cadeia produtiva* dos implantes, a descrição abaixo sintetiza bastante bem o que foi possível conhecer durante a pesquisa:

Na verdade eles são implantes subcutâneos. Nossa matéria prima é totalmente importada. Nós temos tubos que são americanos, a cola é alemã, a cola vem também dos Estados Unidos, importamos essas matérias primas, né, que a gente chama de insumos. São os tubos e a cola. A matéria em si, que são os princípios ativos são os hormônios em si, eles vem também lá de fora, mas quem mais produz é a China. Então, nós importamos esse material todo e quando chega aqui a gente faz a produção de implantes aqui a medida que os médicos, eles vão prescrevendo, ele prescreve e, como nós somos uma única farmácia de manipulação no Brasil, nós atendemos praticamente o Brasil inteiro. Claro que nós não temos, assim, não são muitos médicos, são mais de 100⁷⁵ médicos, no Brasil, é considerado um número até pequeno. Mas tem sido crescente a procura justamente pra tomar o curso com o Doutor Elsimar, porque a pessoa também tem que saber prescrever aquele implante que é colocado via subcutânea vai ficar válido por um ano a maioria deles. Somente um que é anticoncepcional é que é válido por 6 meses, mas a grande maioria, as associações, tudo isso quem faz é Doutor Elsimar Coutinho que faz um curso para esses médicos. As pessoas colocam esse implante e com isso você vai tendo benefício, né? Existe o benefício de você não esquecer a dose, de você não esquecer de tomar no horário certo, você também não tem a passagem pelo fígado, então, por conta disso você tem menos efeitos colaterais e, assim, o que a gente tem visto, assim, o que eu tenho visto até, assim, visto por estar aqui, assim, como as pessoas têm melhoras, entendeu? De bem estar, de poder continuar na ativa, de não ter perda óssea, então, de ter massa muscular que protege os ossos e sem contar, assim, a perda de memória também diminui muito. Então, existem todos esses benefícios que o próprio hormônio faz (Conversa informal, 2015).

A fala ressalta desde a dinâmica de aquisição dos insumos, que vem “de fora”, até os benefícios dos implantes, que também são apresentados em diversos aspectos, desde aqueles relacionados a “não esquecer de tomar” até os efeitos dos hormônios que trazem “bem estar”, “continuar na ativa”, “não ter perda óssea” e “perda de memória”, dentre outros.

Durante todo o trabalho de campo na farmácia ficou evidente a preocupação com os aspectos técnicos das instalações e do processo de manufatura dos implantes. Eu fui apresentada a todo o processo. Em alguns momentos, questionei-me se a exaustiva apresentação com minúcias técnicas se devia ao fato de eu ser médica e, mais especificamente, uma pesquisadora de implantes. O que minha interlocutora não

75 De acordo com as informações no site da empresa, no momento da escrita da tese seriam quase 200 médicos, um crescimento de quase 100% em menos de três anos.

imaginava, é que, enquanto ela detalhava todos os aspectos da produção, eu procurava ansiosamente elaborar um plano para memorizar alguns nomes e expressões, já que a grande maioria deles eu desconhecia por completo. Tratava-se de vocabulários, técnicas e normativas pertencentes ao mundo da farmácia, que eu pouco compreendia e, dificilmente, eu conseguiria fixar frases inteiras para registrar no caderno de campo, posteriormente. Em minhas anotações, ficaram registradas palavras soltas, tais como estufa, tubos, estéreis, técnica de manipulação, selados, quarentena dentre outras, acreditando que elas poderiam ser conectadas posteriormente.

Durante a observação do processo de produção dos implantes, é necessária a adequada paramentação através de roupas e acessórios estéreis, luvas, toucas e propés (que é aquela proteção para os pés) para entrar na sala de produção. Existem dois tipos de paramentação diferentes, aquelas próprias para a produção e as proteções para uma incursão de visitante. Existem pessoas técnicas de manipulação, que eram duas mulheres e um homem, que utilizam vestimentas protetoras mais densas e resistentes, que são visualmente semelhantes aquelas roupas utilizadas por astronautas. O roteiro de paramentação se trata de um processo obrigatório e ocorre diariamente, é necessário para a segurança individual dos profissionais e para a assepsia do processo de produção dos implantes. Ainda com relação a segurança das profissionais de manipulação, elas realizam exames anuais de toxicologia para avaliar os níveis sanguíneos das substâncias, uma maneira de observar as repercussões do processo produtivo na saúde das técnicas.

Nós iríamos realizar uma incursão de visitantes, nossas roupas eram um pouco mais leves. A entrada é por uma porta de tamanho padrão, talvez um pouco mais estreita, pois apenas uma pessoa consegue entrar por aquele espaço. O laboratório é pequeno, constatação também destacada pela pessoa que me apresentou. Os corredores

entre as câmaras de produção (outra expressão anotada!) são bastante estreitos, o suficiente para uma única pessoa transitar. Todo o processo produtivo é manual, assemelhando-se ao trabalho de um artesão muito melindroso.

Há uma pequena sala de aproximadamente 2 metros quadrados⁷⁶ onde ficam os insumos e onde eles são pesados rigorosamente. No ambiente quente, em uma espécie de corredor, estão os tubos “selados” (ou seja, que foram fechados com cola de um lado). Eles precisam ficar em um ambiente com uma pressão muito específica para, posteriormente, seguirem a dinâmica da produção. A fase seguinte é a inserção da substância no tubo. Para esta finalidade existem 03 câmaras, que são salas pequenas que, imagino, tenham aproximadamente um ou dois metro(s) quadrado(s). Em cada sala trabalha uma única técnica de manipulação. No momento em que estamos transitando, havia duas técnicas trabalhando, uma delas é negra. Ambas sorriem, mas não gesticulam, estão meticulosamente envolvidas com o processo de inserção de substâncias ativas, que são pós brancos, dentro do tubinho de silicone.

Na próxima etapa, os tubos seguem para uma gaveta, onde passam por um processo de quarentena, permanecendo um tempo para avaliar sua estabilidade. Após este período, os tubos com as substâncias, os implantes, são armazenados com material cirúrgico esterilizado para, posteriormente, serem transportados. Há um momento de avaliação que é realizado pela Universidade Federal da Bahia, que segue como uma parceria importante para a empresa.

A produção ocorre diariamente, mas a cada dia existe a manipulação apenas de um tipo de substância ativa em seu respectivo tubo de silicone que, diga-se de passagem, é o mesmo para todas as substâncias. Em momento algum, ocorre produção

76 A estimativa de dimensão feita por mim pode ser completamente distorcida pois não se trata de uma informação oficial.

de hormônios diferentes no mesmo dia para que não ocorra cruzamento das substâncias, contaminação ou trocas de tubos. É importante também mencionar que cada tubo contém apenas um tipo de substância, um hormônio, nenhum tubo possui mais de um tipo de substância. Quando há associação de hormônios na prescrição, são inseridos tubos diferentes na usuária, cada um com a referida substância para formar a dose prescrita.

Os implantes são produzidos a partir da demanda das receitas médicas que chegam até a farmácia. Sendo assim, fiquei interessada em saber se haveria algum tipo de convênio ou institucionalidade formal entre os médicos prescritores e a empresa. A farmacêutica me respondeu que não havia convênio, mas complementou que seria adequado ao médico participar do treinamento para que ele saiba fazer a prescrição.

É interessante refletir sobre todo o processo que se articula em torno da Elmeco desde sua produção, passando pela prescrição e chegando ao consumo nos consultórios. São materiais, insumos, substâncias, técnicas, pessoas envolvidas em diferentes países, todos, encontrando-se neste pequeno espaço que se situa dentro do CEPARH que, por sua vez, originalmente se apresentava em um cenário totalmente diverso. Um mundo que se produz a partir da Elmeco e constitui associações, alistamentos e um estilo de pensamento.

Com relação às substâncias comercializadas, eu questionei ao Elsimar se elas estariam liberadas pela Anvisa, ao que ele respondeu:

São substâncias que já tão no mercado, já tão na farmacopéia há muito tempo. Todas. Testosterona e estradiol são carro chefe para a reposição hormonal, testosterona pura para homem e testosterona com estradiol para as mulheres. As progesteronas todas tão no mercado farmacêutico, qualquer farmácia de manipulação pode fazer, é para via oral, não pode fazer para injetável, que precisa ... tem uma licença especial, por

causa da esterilização, por causa da...a gente tem que ter toda a parte de caracterização molecular do que a gente tá usando (Coutinho, 2015).

As substâncias produzidas e comercializadas na empresa⁷⁷ são: gestrinona, estradiol, levonorgestrel, nesterone, acetato de nomegestrol, testosterona⁷⁸.

Tabela 2: substâncias atualmente comercializadas pela Elmeco

Substância	Indicações	Duração do efeito	Dose por cápsula/ liberação diária	Principais associações	Observações
Estradiol	reposição hormonal	1 ano	50 mg / 6 implantes liberam 25mg/dia		
Testosterona Mulheres	portadoras de agenesia ovariana ou hipogonadismo; testosterona baixa; diminuição da libido; anorgasmia	1 ano	50mg	1 a 4 cápsulas com ou sem estradiol E(6) + 2T E(4) + 3T	
Testosterona Homens	níveis de testosterona abaixo de 600ng/dl	1 ano			
Levonorgestrel	anticoncepcional, reposição hormonal em mulheres com predisposição a pólipos endometriais ou com espessamento de endométrio acima de 9 mm	até 6 anos		para reposição hormonal, é utilizada em associação com estradiol	é produzida em outros países com 6 cápsulas - nome comercial Norplant ®
Gestrinona	por via oral: endometriose e miomatose; efeito anabolizante e hemostático, utilizado		< 70kg - G6 > 70Kg G7 ou G8	associada com estradiol para osteopenia ; associada ao	efeitos colaterais: seborréia, acne, queda de cabelo, rouquidão, ganho muscular

77 Informações retiradas de um material impresso coletado durante a fase de pesquisa de campo e no sítio eletrônico da empresa

78 Para mais informações, consultar o site da empresa: www.elmeco.com.br

	para anemia; patologias estrogênio dependentes; tratamento da TPM; adenomiose; hipertrofia uterina; baixa da libido; perda de massa muscular e de massa óssea			estradiol para reposição hormonal na menopausa	efeitos podem ser atenuados com o uso de espironolactona na dose de 50mg/ 2 vezes ao dia
Acetato de Nomegestrol (NO)	proteger o endométrio				foi desenvolvido na Bahia e aprovado pelo Ministério da Saúde, registrado pelo laboratório Novartis com o nome Surplante ®
Elcometrina Nestorone ST - 1435	anticoncepcional para lactante; TPM; patologias estrogênio-dependentes ou androgênio-dependentes, mioma e endometriose; TPM	6 meses	50mg		bloqueia o pico estrogênico e o pico androgênico

* Informações retiradas de um material impresso coletado durante a fase de pesquisa de campo e no sítio eletrônico da empresa.

Ao observarmos a emergência das substâncias atualmente comercializadas na Elmeco, suas técnicas de inserção e retirada com tubos de silicone, encontrei toda a trajetória que lhe foi constitutiva, desde as técnicas de pesquisas, a manipulação de instrumentos em corpos e hormônios, os profissionais, as fundações financiadoras, artigos científicos, pesquisadores nacionais e internacionais e mulheres. Uma rede de atores humanos e não humanos que foi sendo ativamente colocada em testes e experimentos de conceitos e práticas. Tais experimentos envolveram centralmente corpos e hormônios em busca centralmente de *eficácia* ou *efeitos benéficos*, além de *aceitabilidade*.

De *úteros gravídicos* aos *úteros não gravídicos*, passando pelo *deslocamento do óvulo*, a atenção se direcionava centralmente no útero. O olhar focado em uma parte específica do corpo feminino foi transladado pela medroxiprogesterona, que alargou as possibilidades de efeitos dos hormônios nos corpos. O efeito contraceptivo desbloqueou as possibilidades incomensuráveis de efeitos dos hormônios nos corpos. As pesquisas, agora, com a contracepção, também ocorriam nos homens e testavam novos sistemas de entregas de contraceptivos. Os hormônios, que iniciaram sendo observados em sua atuação nos úteros, agora buscam corpos abertos às múltiplas possibilidades de intervenção.

A questão que se coloca ao longo desta trajetória de nascimento dos implantes hormonais subdérmicos, que na sua versão mais atual recebe o apelido “chip da beleza”, é pontuar que o seu *laboratório* de fabricação desenvolveu regras, práticas, normas que foram sendo pactuadas dentro da comunidade científica nacional e internacional. O desenvolvimento de seus produtos intelectuais e científicos ensejaram a constituição de um campo científico, a Reprodução Humana, mas também engendraram práticas de saúde com objetos nos corpos femininos que transitam entre o público e o privado cujo epicentro se articula em torno do objeto farmacológico. A incansável busca por efeitos benéficos, que parte da contracepção, incorpora a supressão da menstruação e se dissipa no sentido dos imaginários androgênicos, submerge os efeitos colaterais ou os (re)apresenta através de novas tessituras corporais, conforme me dedicarei mais atentamente nas próximas páginas.

A constituição de associações e articulações fora da medicina foram essenciais para a emergência da fabricação e comercialização destes objetos farmacológicos. Ao mesmo tempo, as transações que ocorreram dentro das relações científico-políticas com

suas regras e convenções internas delimitaram relações de saber e poder que possibilitaram a emergência da comercialização de um tipo de produto exclusivamente brasileiro.

Nas próximas páginas me dedico a apresentar uma outra etapa do trabalho de campo, aquela em que ocorrem as relações entre médicos e mulheres nos interiores das salas de consulta com os implantes.

6 A REDE ASSISTENCIAL DOS IMPLANTES

No capítulo anterior abordei a trajetória dos implantes a partir da mediação com o seu empreendedor, Elsimar Coutinho. Apresentei como a imbricação destas diferentes trajetórias interferiram na biografia de ambas personalidades, Coutinho e implantes. Em grande parte, a articulação destes itinerários modificou isocronamente seus intuítos originários e possibilitou a abertura de associações, articulações e efeitos. Ao situar as convergências e hibridizações destes itinerários, a ênfase recai sobre os implantes, o foco de estudo desta tese. Anteriormente, esmiucei a primeira parte de seu ciclo de vida, centrada na produção e uma etapa da comercialização dos implantes. Neste capítulo, o foco se direciona para a fase de intermediária de vida dos implantes, centrada nas práticas assistenciais que envolvem negociações, comercialização e prescrição. Ao fim desta tese, almeja-se percorrer todo o circuito da rede de produção, comercialização, assistência e uso dos implantes hormonais subdérmicos produzidos pela Elmeco.

Neste capítulo, dedico-me às práticas clínicas centradas nos implantes e perpetradas em espaços compartilhados entre profissionais, médicos e usuárias dos implantes. Assim, para esta parte do trabalho de campo, a investigação se orientou no sentido de acompanhar os implantes em sua performance clínica e assistencial em diferentes cenários e através das interações entre atores humanos — médicos prescritores; enfermeiras, que realizam a inserção dos implantes; profissionais que trabalham com a administração e gestão das redes assistenciais privadas; atendentes dos consultórios; pessoas responsáveis pela limpeza dos espaços; mulheres usuárias de implantes; acompanhantes das mulheres — e atores não humanos — objetos

perfurantes, técnicas, boletins técnicos, documentos, artigos científicos, conceitos — que se destacam nas práticas clínicas com os implantes.

Com o olhar centrado nos implantes, mas os acompanhando através das espacialidades que eles percorrem, suas relações e associações, é interessante destacar que eles foram co-constituindo uma rede assistencial centrada na sua própria existência. Com o intuito de compreender esta trama, observei a regularidade e a relação espacial das práticas que se engendram através das dinâmicas inter-relacionais entre os diferentes espaços que constituem a rede de saúde dos implantes. Assim, foi possível delinear subdivisões assistenciais dentro das clínicas, que compõe diferentes atores e elementos conectados com diferentes lógicas e valores.

Esta etapa da pesquisa ocorreu entre agosto de 2015 e março de 2017. Iniciou-se através da participação de dois Cursos Práticos de Prescrição de Implantes⁷⁹, ambos em São Paulo, respectivamente em outubro de 2015 e novembro de 2016. Durante o curso de prescritores, além das consultas médicas e teorizações sobre os implantes, foi possível observar o treinamento prático de outros médicos que almejavam trabalhar com os implantes. A pesquisa continuou através da observação de consultas médicas e salas de espera ao longo dos meses de setembro de 2016 a março de 2017 em um consultório no Rio de Janeiro.

Em São Paulo e no Rio de Janeiro, eu pude participar de consultas, realizar conversas com as pessoas que trabalham nas clínicas, com as mulheres que foram em busca dos implantes, além de observar e interagir na sala de espera. Ainda assim, a pesquisa não ocorreu de maneira homogênea nas duas cidades. Em São Paulo, a

79 A Elmeco oferece um “Curso Prático de Prescrição e Colocação de Implantes Hormonais” para treinamento de médicos que desejam prescrever os implantes subdérmicos em seus consultórios. Trata-se de uma estratégia importante de treinamento, difusão da técnica e estabilização do produto. Eu apresentarei uma análise mais específica dos cursos no próximo capítulo, mas ele permeia todo o desenvolvimento da tese.

pesquisa ocorreu de maneira mais tópica, durante as duas versões do Curso de Prescritores, envolvendo uma dinâmica bastante centrada nos médicos. No Rio de Janeiro, a pesquisa se estendeu ao longo de seis meses, permitindo um tempo maior de contato com diversidade de situações e contatos. O acompanhamento de dois espaços diferentes contribuiu para uma análise mais ampla dos diferentes trajetos dos implantes.

A presença no campo envolveu diversas posições, em alguns momentos, eu me vesti de jaleco e ocupei a posição do mesmo lado do médico que realizava as consultas. A partir deste lugar, eu observei as mulheres de frente, pude perceber seus olhares, suas feições e alguns silêncios, que se tornaram eloquentes através dos semblantes e olhares expressos pelas mulheres. Em outros momentos, eu estive nas salas de espera, ocupando a mesma posição das mulheres que aguardavam às consultas, tomando os mesmos cafés expressos, petiscando as mesmas rosquinhas — doces e salgadas, repletas de glúten⁸⁰ — e compartilhando as mesmas culpas em fazê-lo através de conversas informais, que também se referiram a diversos outros temas da vida corporal cotidiana.

Ao percorrer as espacialidades, observar as negociações que se engendram em seus interiores com seus respectivos regimes prescritivos, o que se destaca são os implantes. Nestes circuitos tudo se refere a estes pequenos objetos técnicos que, manejados pelos prescritores, constituem práticas clínicas e pedagógicas com o corpo biológico. Ao fazê-lo, empreendem formas hormonais hierárquicas e segregadas de corpo, que redimensionam a amplitude da epiderme e dos muros sociais, técnicos e orgânicos.

80 A alimentação saudável neste circuito pressupõe a retirada completa de alimentos constituídos por glúten. Neste sentido, as rosquinhas foram importantes para as conversas informais, pois elas se tornaram um tema comum nas salas de espera.

As práticas clínicas com os implantes descritas neste capítulo estão se passando ao mesmo tempo em que ocorre toda a operação de sua cadeia produtiva na Elmeco, descrita previamente. Além do mais, existem outros circuitos relevantes através dos quais os implantes produzem suas cartografias existenciais, tal sejam, os corpos das mulheres e suas inter-relações empreendidas através deles. Estes circuitos estão continuamente transpassados e reiterados uns pelos outros, conformando uma rede assistencial dos implantes que se articula através de uma lógica assistencial de saúde.

A proposta de observar cada parte deste circuito de maneira recortada, trata-se apenas da opção de percorrer os diversos pontos destes trajetos, dedicando-me detalhadamente a cada um destes eixos. O curso de prescritores poderia ter sido apresentado integralmente neste capítulo, posto que se trata de um ponto de circulação e assistência dos implantes que participa da constituição de uma rede assistencial conformada através do corpo hormonal dos implantes. Pelo fato de possuir nuances próprias marcadas por diálogos que ocorrem nos espaços protegidos daqueles que prescrevem, a opção foi deslocar um capítulo exclusivamente com esta finalidade. Neste capítulo, trago uma narrativa sobre as mediações entre médicos, mulheres e profissionais na conformação de uma prática clínica centrada nos implantes. No capítulo destinado ao Curso de Prescritores, a ênfase se desloca para as interações que ocorrem entre os médicos prescritores de implantes.

Este capítulo se organiza através das subdivisões observadas na rede assistencial dos implantes, onde iremos destacar: a) os territórios das clínicas: as especificidades geográficas e as subdivisões assistenciais; b) o primeiro ponto assistencial: as salas de espera; c) o consultório médico; d) as salas de inserção e retirada dos implantes.

A opção de analisar a circulação dos implantes a partir da prática clínica se justifica pelo fato de que através do *manuseio clínico*⁸¹, estes objetos são experimentados de modos materiais, ou seja, na prática clínica eles são usados, manejados, inseridos, retirados, solicitados, enfim, eles se tornam um objeto em ação. Como se tratam de objetos farmacológicos, na prática clínica, estes objetos estão em busca de seus efeitos definidos como benéficos e eficazes. Nas consultas, pude verificar as expectativas e imaginações relacionadas aos seus mecanismos de ação, mas também encontrei dilemas e frustrações. Dentro das salas, os objetos ganham praticidade e tangibilidade, contribuindo para a análise sobre as maneiras como a sua vida social reflete aspectos sobre saúde, corpo e política na contemporaneidade.

O nascimento da clínica no início do século XIX ocorreu através do jogo de se tornarem visíveis e enunciáveis coisas e palavras que até então não se evidenciavam na experiência clínica. Tal processo se constituiu sob a racionalidade da anatomia patológica que se valeu de instrumentos técnicos para a observação e análise da doença no corpo, destacando aspectos que deveriam ser visíveis no organismo. Sob a égide dessa racionalidade, a experiência foi agrupada e classificada a partir de uma lógica especializada e fragmentada da doença no corpo. Assim, o corpo se fez visível, especializado e objetivado através da lógica da doença, então, definida pela anatomia patológica. A leitura do corpo se sustentou em instrumentos técnicos que possibilitou adentrar no espaço invisível e construir critérios objetivos para o diagnóstico médico. A

81 “Manuseio clínico” é uma expressão utilizada por um médico durante a uma aula teórica sobre implantes no Curso de Prescritores, que evoca um sentido de prática e materialidade da assistência clínica.

atenção médica se desloca para a critérios standardizáveis para a observação da doença⁸². O corpo que emerge é visível, espacializado e objetivado (Foucault, 1977).

Desde a racionalidade da anatomia patológica, muito se modificou na dinâmica das intervenções biomédicas no corpo, mas o “corpo em si mesmo” segue o objeto de análise e intervenção da medicina. A dinâmica entre o visível, observado e enunciado sobre o corpo se consolidou na dinâmica da clínica médica, cada vez mais sustentada em instrumentos técnicos. O projeto da medicina ainda se sustenta em uma vontade de verdade sobre o corpo. Se é verdade que a medicina se transformou substantivamente desde *o nascimento da clínica* no alvorecer do século XIX , o “corpo em si mesmo”, permaneceu como o centro da experiência clínica na contemporaneidade (Foucault, 1977; Rose, 2013). Nos consultórios médicos que estudei, faz-se presente o corpo-organismo visível e objetivado. Ao longo da investigação, venho me perguntando qual “corpo em si mesmo” estas práticas têm constituído e, deste modo, procurei seguir a mesma esteira de investigação do corpo e observei de quais maneiras ele está sendo manejado, modificado e aprimorado através destas pequenas composições farmacológicas dentro de seus consultórios. Afinal, na medida que os implantes se constituem como um objeto farmacológico, uma opção de intervenção sobre os corpos biológicos, eles também estão desenvolvendo uma forma particular de pensar, ver e agir sobre o corpo biológico e a biomedicina na contemporaneidade?

Neste sentido, eu procurei seguir os mesmos ângulos de observação dos atores que investiguei, percorro o movimento de compreender o que se torna perceptível e

82 René Laenec é protagonista de um episódio emblemático para a história da medicina em 1816. Ele utilizou um canudo de papel sobre o peito de um paciente para escutar os sons dos movimentos interiores do corpo. O episódio é significativo pois ele marca uma alteração na abordagem do corpo pelo médico. Até então, apenas os cirurgiões utilizavam instrumentos técnicos no corpo, os médicos, observavam os doentes, o que era considerado, inclusive, uma atitude mais nobre (Ortega, Zorzanelli, 2010)

enunciável na experiência clínica trazida por esses médicos e em suas relações com as pacientes, observando o que se recorta, o que se olha, o que se diz e como se diz. Interessou-me compreender como e em quais situações e condições os implantes são utilizados como terapêutica ou como intervenção farmacológica. Ao longo deste percurso, partindo da chave de análise do corpo hormonal no Brasil, vou refletir a respeito das linearidades e discontinuidades empreendidas pelos implantes no manuseio do corpo no cenário de clínicas médicas privadas em regiões metropolitanas.

6.1 Os territórios das clínicas e as suas espacialidades

Antes de adentrar a circulação dos implantes no interior do mundo das clínicas privadas, vamos situar aspectos relacionados às externalidades destes espaços. É interessante notar que a clínica privada — ou consultório particular, como é usualmente denominado — seja um espaço médico presente no cotidiano da assistência à saúde no país e, ao mesmo tempo, pouco estudado. Uma razão certamente está relacionada a constatação de que privacidade e blindagem se (con)fundem com práticas privadas e privilégios em um país marcado por intensas desigualdades sociais. Através de espaços delimitados por fortificações, portas de vidro, muros bem arregimentados e seguranças particulares, privacidade e sigilo são conformados espacialmente, delimitando os trânsitos permitidos e garantido um pacto silencioso entre iguais.

Apesar disso, a clínica particular⁸³ é um ponto de cuidado habitual na assistência à saúde no país, situando como parte significativa das práticas de saúde mais comuns na contemporaneidade para um perfil da população brasileira que paga diretamente por estes serviços⁸⁴. Diferencia-se do consultório médico individual, pois, congrega diferentes salas e profissionais na mesma edificação. Do ponto de vista formal, além da adequação a legislação que ordena a saúde no país, existem resoluções e normativas específicas para o funcionamento de estabelecimentos de saúde, instituídos pela ANVISA⁸⁵ e pelo Conselho Federal de Medicina(CFM)⁸⁶. Neste sentido, destaca-se a RDC da ANVISA que orienta desde o “planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde” e a resolução do CFM que estabelece “o funcionamento dos serviços médico-assistenciais” com roteiros de vistoria e de fiscalização.

O imaginário mais corriqueiro em torno destes estabelecimentos de saúde decorre da representação tradicional do mercado como um sistema que funciona de

83 Nos últimos meses, controvérsias relacionadas a existência de “clínicas populares” têm ocupado as arenas públicas de debate sobre saúde. Diante deste contexto, em janeiro de 2018, o Conselho Federal de Medicina emitiu regras para o funcionamento de clínicas médicas de atendimento ambulatorial, dentre elas, as clínicas populares. Para a finalidade desta tese interessa esta resolução, pois ela se direciona ao funcionamento de todas as clínicas médicas de atendimento ambulatorial (Conselho Federal de Medicina, Resolução 2.170 CFM, de 30-10-2017).

84 A emergência de clínicas populares tem crescido no país nos últimos anos, segundo o próprio Conselho Federal de Medicina informa: “As chamadas clínicas populares – estabelecimentos em ascensão nos últimos anos diante da crise econômica que derrubou o número de beneficiários de planos de saúde”. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27394:2018-01-22-19-07-29&catid=3>. Acesso em 21 de Março de 2018.

85 Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

86 [Resolução CFM N.º 2.056/2013](#) – Disciplina os departamentos de Fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Resolução CFM Nº 2.170, DE 30 DE OUTUBRO DE 2017 - Define as clínicas médicas de atendimento ambulatorial, incluindo as denominadas clínicas populares, como empresas médicas e determina critérios para seu funcionamento e registro perante os Conselhos Regionais de Medicina.

forma autônoma e autorregulamentada e dicotômico ao Estado. Ainda que a distinção bipartida entre mercado e Estado seja amplamente questionada na atualidade, os serviços privados de saúde evocam a imagem simplificada atribuída ao mercado, como se eles fossem portadores de um funcionamento autônomo, regido por normativas próprias, autorregulamentadas (Dardot e Laval, 2016). As resoluções do Conselho Federal de Medicina reforçam essa lógica binária, situando as clínicas como empresas, que “realizam consultas médicas, exames ou procedimentos médicos-cirúrgicos de curta permanência institucional, de forma particular ou por convênios privado” (CRM, 2017).

Estes serviços de saúde assumem uma atmosfera de isolamento — simbolicamente representados pelos muros e portas de vidro — que figuram distinção e exclusividade dos seus serviços. As clínicas privadas — por si só — são um fato social relevante que deve ser interrogado e investigado. Neste sentido, é importante enfatizar, que partir de uma análise dos consultórios privados pode contribuir para refletirmos sobre aspectos mais gerais sobre a saúde (pública) nacional. A existência de serviços específicos em clínicas privadas reforça a lógica de um sistema de saúde segmentado, que diferencia os seus serviços de acordo com segmentos sociais.

Para a análise desta tese, destaco que as clínicas médicas são estabelecimentos destinados a prestação de assistência à saúde, logo, fazem parte da rede assistencial de saúde no país, compondo o conjunto de intervenções e serviços de saúde nacionais. Ainda que sejam definidas como empresas, tratam-se de práticas incluídas na jurisdição médica, logo, devem ser situadas e analisadas como tais. Sendo privadas, podem ser inseridas dentro da regulamentação de serviços complementares ou suplementares em saúde, mas se conformam dentro do arcabouço normativo das legislações de saúde nacionais.

Existem clínicas privadas distribuídas em diferentes pontos geográficos no país, destinadas a finalidades distintas, envolvendo múltiplas lógicas e dinâmicas. O interesse desta tese é estudar as clínicas que se centram na prescrição de implantes hormonais subdérmicos. Com esta finalidade, conforme mencionei previamente, pesquisei duas clínicas das maiores regiões metropolitanas do país: a primeira situada no Bairro de Moema, São Paulo, a segunda, situada em um Shopping Center, no Rio de Janeiro.

Em São Paulo, a clínica é uma casa localizada em uma avenida no Bairro Moema, região tradicional da cidade, que passou por transformações significativas que acompanharam o crescimento da cidade de São Paulo. Notadamente, durante a década de 1970, a região atravessou um processo de completa reformulação do tráfego local⁸⁷, decorrente da construção de um viaduto e de um shopping center, o que modificou amplamente a região, deixando de ser uma região local e se projetando como uma área de grande demografia e circulação (Vasconcelos, 1999, pp.214-215).

Na fachada externa da casa, que se localiza em uma avenida larga, com imóveis amplos e horizontais, há uma placa com os nomes dos respectivos médicos que atendem no local. A casa de dois pavimentos possui uma entrada privativa. No primeiro andar, há a recepção, sala de espera, copa e banheiro. A sala de espera é ampla, três sofás, algumas poltronas, televisão, máquina de café expresso e água. No segundo pavimento estão os consultórios médicos individuais com respectivas salas de inserção e retirada de implantes.

Esta clínica é relevante para o trânsito dos implantes. Localizando-se na maior metrópole do país, a casa possibilita: a) um local de fixação da prática – onde médicos

87 É importante ressaltar que as modificações pelas quais o Bairro de Moema passou ao longo da década de 1970 se “num contexto de crescimento da cidade como um todo e, particularmente, do eixo sul” (Delalus, 2003, pp.60). Sendo assim, pode ser considerado como um exemplo típico das transformações da maior metrópole do país.

consagrados na prática de implantes prestam assistência clínica; b) difusão e treinamento com o método – a casa se tornou uma espécie de centro de aprendizado, referência para o treinamento de médicos iniciantes na prática com implantes; c) um local de encontro e compartilhamento de experiências entre as próprias usuárias.

A clínica no Rio de Janeiro se situa em um prédio anexo a um Shopping Center na região Sul da cidade. Os shoppings centers são espaços privados de uso coletivo bastante emblemáticos das cidades contemporâneas. Na clínica do Rio de Janeiro, as consultas dos prescritores de implantes ocorrem dentro de uma clínica destinada ao tratamento de infertilidade. O médico que acompanhei durante a pesquisa neste espaço contextualizou que eles são “inquilinos” nesta clínica. Não há um consultório individual fixo, os profissionais podem variar sua instalação ao longo de sua estadia. Dois dias por mês eles ocupam a clínica com a intensidade, dinâmica e prática dos implantes hormonais subdérmicos.

A chegada na clínica envolve uma primeira passagem pela recepção do prédio anexo ao Shopping, onde é necessário cadastrar um documento com identificação e, posterior checagem pelo segurança sobre a presença de seu nome em uma lista de pessoas autorizadas ao acesso do elevador. Quando da chegada ao respectivo andar, há uma porta de entrada de vidro na sala onde também é possível visualizar os nomes dos médicos que fazem atendimento no local. O interfone é o sinal de entrada. No mesmo andar, situam-se a sala de entrada, banheiro, consultórios e sala de procedimento. Os atendimentos com prescritores de implantes nesta clínica ocorrem duas sextas-feiras ao mês. Nestes dias, as salas são adaptadas para a chegada dos implantes, o que é gerenciado pelas profissionais da clínica e pela enfermeira responsável pelos procedimentos de inserção e retirada.

Na investigação dos espaços, parece significativo que eles se localizem em partes específicas de grandes centros urbanos do país, assim, é pertinente observar as maneiras como estes espaços se constituem em seu interior e relativamente ao seu exterior. São estabelecimentos situados em espaços típicos das metrópoles atuais e, como espaços na cidade, possuem características comuns às metamorfoses próprias vivenciadas pelos grandes centros urbanos brasileiros. Tradicionalmente, o espaço metropolitano é fragmentado e estruturado através de uma polarização centro-periferia. Ao longo do século XX, acentuou-se o modelo tradicional de segregação onde os pobres se localizam na periferia. Após a década de 1970, iniciou-se a construção de condomínios em terrenos afastados, como no modelo americano e, a partir disso, ocorrem modificações em que grupos sociais diferentes estão situados cada vez mais próximos, produzindo uma nova segregação com novas expressões de desigualdade (Taschner e Bógus, 2001).

Em um processo de segregação social, persiste a polarização centro-periferia, com alterações de escala na fragmentação destes espaços que não são necessariamente duais e homogêneos. A reformulação do espaço urbano aproxima grupos sociais desiguais, que se tornam separados por outras divisões, “Mas estão separados por muros e tecnologias de segurança, e tendem a não circular ou interagir em áreas comuns” (Taschner e Bógus, 2001). Tomando o estudo da cidade de São Paulo, Caldeira afirma que o modelo centro-periferia não é mais suficiente para descrever o padrão de segregação e desigualdade social. “Trata-se de espaços privatizados, fechados e monitorados para residência, consumo, lazer e trabalho” (Caldeira, 2000, p. 211).

A instituição de “enclaves fortificados” - exemplificados por “prédios de apartamentos, condomínios fechados, conjuntos de escritórios ou shopping centers” –

são as expressões da segregação e fragmentação do espaço público, o “a cerne de uma nova maneira de organizar a segregação, a discriminação social e a reestruturação econômica em São Paulo” (Caldeira, 2000, pp.255; Taschner e Bógus, 2001). Estas propriedades privadas que são destinadas ao uso coletivo,

ênfaticamente enfatizam o valor do que é privado e restrito ao mesmo tempo que desvalorizam o que é público e aberto na cidade. São fisicamente demarcados e isolados por muros, grades, espaços vazios e detalhes arquitetônicos. São voltados para o interior e não em direção à rua, cuja vida pública rejeitam explicitamente. São controlados por guardas armados e sistemas de segurança, que impõem regras de inclusão e exclusão (Alves, Andréa Moraes, 2002).

Os enclaves são expressões da privatização do espaço público, que constrói zonas diferenciadas e delimitadas que bloqueiam a livre circulação (Lago, 2015). Os maiores exemplos apresentados pelos autores são os condomínios e shopping centers, que são característicos dessa fragmentação. No mesmo sentido, cumpre enfatizar a centralidade dos “dispositivos de segurança” na constituição desse modelo de enclaves fortificados. Nos dois sentidos, é possível estabelecer um nexo fino com os estabelecimentos de saúde que estudei, tal seja, as clínicas privadas.

Tais estabelecimentos estão se constituindo dentro dessa lógica de cidade com espaços bem delimitados, isolados por muros, fechados, voltados para o seu interior, com sistemas de segurança e monitoração. Para adentrar os consultórios privados, é necessário se identificar, passar pelos dispositivos de segurança, identificar-se para as secretárias, aguardar a consulta em um espaço de uso coletivo com poltronas macias e limpas, em um ambiente de assepsia e limpeza onde se pode acessar estéticas

decorativas, objetos bem acabados e harmonizados. Uma casa e um shopping com grandes semelhanças em seu interior.

Em nomes e apresentações distintas, são espaços privados de uso coletivo destinados a prestação de um serviço médico, revestidos por muros de proteção, que delimitam zonas de circulação de pessoas, marcadas por hierarquizações de classe, gênero e etnia. O muro demarca, primeiramente e fundamentalmente, quem acessa este espaço e, de tal maneira, evidencia que existe uma fragmentação de acesso ao tipo de serviços e produtos, que foi feito para ser destinado a uma parcela ou a um perfil de usuários. Para aquelas e aqueles que adentram os espaços, ainda há uma divisão de zonas, em que algumas delas se destinam às pessoas que trabalham nas clínicas e, neste caso, elas devem estar padronizadas através de uniformes, palavras, gestos envolvidos em uma ritualização bastante específica. Em outra zona, as pessoas que entram pelas portas para terem acesso à consulta e ao produto farmacológico. As fronteiras construídas por estes espaços, que se manifestam através de seus muros, estão enredadas em dinâmicas econômicas que envolvem o pagamento e o recebimento pelas trocas que se processam em seus interiores. Se bem é verdade que ele é voltado à assistência médica, esta somente será possível através de trocas monetárias.

A própria existência destes espaços das clínicas privadas, apenas eles e neles mesmos, permitem-nos concluir uma lógica que os extrapola, a segregação do acesso a diferentes tipos de serviços e objetos farmacológicos em saúde, que se diferenciam e se protegem através de seus muros e de seus aparatos de segurança, fundados em relações monetárias, permite a conclusão de que existem diferentes tipos de acessos a serviços de saúde no país. A partir deles é possível inferir a existência de uma segregação na assistência à saúde com espaços distintos de produção de saúde, que diferenciam tipos,

espaços e lógicas de cuidados. Espaços de diferentes dimensões, estaturas e localizações que, por sua vez, formam uma economia da saúde ínfima e capilar.

Nestes espaços há a produção de um discurso e rituais auto referenciados que, por sua vez, protegem quem ali circula de outros (conhecidos e desconhecidos), afinal, não são quaisquer locais de saúde, são clínicas especializadas em implantes, que se sustentam fundamentalmente na dinâmica de comercialização destes objetos farmacológicos e, para tanto, requerem conhecimento e prática em torno deles. A lógica de assistência médica dos implantes está imbricada à dinâmica metropolitana e, conjuntamente, enredadas à racionalidade econômica, que se sustenta em trocas monetárias.

6.2 As espacialidades das clínicas de implantes – os pontos de assistência

Além de conhecer as relações com a cidade, interessa compreender as maneiras de ocupação e deslocamentos internos dos implantes nas clínicas. Ao longo da observação, procurei observar as superfícies dos espaços e as demarcações empreendidas através dos deslocamentos dos implantes através das diferentes espacialidades. Do ponto de vista do ciclo de vida dos implantes, as clínicas materializam sua fase intermediária em que ocorre a sua distribuição aos consumidores. A distribuição envolve diálogo e negociação. O ápice deste momento de vida dos implantes pode ser localizado na prescrição e receita, que são componentes concretos desta relação, assim, de algum modo, materializam a vida destes objetos biomédicos.

Além disso, também podemos mencionar como elementos marcantes desta fase, o cartão da usuária de implantes – objeto de papel que ela leva para a casa com a sua respectiva prescrição, já que a receita deve ficar retida - e o cartão de crédito – que efetiva a possibilidade de divisão de parcelas para o acesso à substância.

A ordem biográfica dos implantes hormonais apresenta diferenciações com a vida social dos medicamentos orais. A venda dos implantes envolve a mediação de um profissional no próprio ambiente ambulatorial, enquanto os medicamentos orais, tradicionalmente, são prescritos em atendimento ambulatorial e, posteriormente, são acessados em pontos destinados exclusivamente ao acesso de medicamentos (Geest e Whyte, 1996). Os implantes são distribuídos centralmente nas clínicas, que condensam toda a dinâmica sócio temporal através da qual os implantes chegam aos seus usuários finais. A prescrição e o acesso ao objeto farmacológico estão enredados no mesmo trajeto existencial da tecnologia. Na clínica, ocorre a consulta e a microcirurgia para sua inserção e retirada. O procedimento microcirúrgico, realizado no interior de clínica, também inicia a última fase da vida da substância, o encontro da finalidade de vida destes objetos que, inseridos no corpo, tornam-se híbridos farmacobiológicos. Sob a pele, iniciam sua última fase de vida, a busca por uma eficácia biológica.

Assim sendo, a clínica condensa parte significativa da ordem biográfica dos implantes hormonais subdérmicos. Os seus fluxos internos podem ser subdivididos em três espacialidades, que possuem atores, lógicas e valores distintos: 1) a recepção e sala de espera; 2) os consultórios médicos individuais; 3) a sala de procedimentos.

6.2.1 O primeiro ponto – um espaço multifuncional

As portas de acesso estão permanentemente fechadas. As pessoas que habitualmente transitam por estes ambientes conhecem as regras e códigos que lhes garantem o acesso. O toque dos interfones é o sinal de desbloqueio da entrada ao primeiro espaço, que se trata de um território de coabitação entre usuárias, prescritores, profissionais e implantes. Ainda não estamos falando do consultório médico individual. Antes dele, a porta de acesso conduz às populares *salas de espera*. Elas também têm recebido outros nomes, que lhe agregam atributos diferenciados, podendo ser chamadas de *lounge* — se a ênfase estiver direcionada às funcionalidades de descanso e lazer — ou *lobby* — caso a prioridade arquitetônica esteja voltada incisivamente à espera. A tendência é que estes espaços congreguem diferentes funcionalidades e se tornem ambientes dinâmicos, confortáveis e multifuncionais. As salas de espera possibilitam trocas de experiências entre as diferentes pessoas que por ali circulam.

Os profissionais que trabalham nos outros ambientes — médicos, enfermeiras, copeiras, faxineiras —, apenas transpassam por ali em direção aos espaços mais interiorizados: consultórios médicos, copa, sala de procedimentos, banheiros. Outros profissionais permanecem por ali durante a maior parte do tempo de seu trabalho, são aqueles que trabalham na recepção. Na prática, são dois ambientes, que podem variar de tamanho, proporção e articulação entre eles. O primeiro deles é a recepção, o segundo a sala de espera propriamente dita, mas compartilham o mesmo espaço físico. Ali estão presentes mesas de escritório, computadores, telefones, cadeiras, máquinas de café

expresso, rosquinhas, máquinas de cartão de créditos, papéis, relógio, quadros, tapetes, mesas laterais, revistas, funcionários e pessoas que demandam os implantes.

O primeiro ambiente, destinado à recepção, é marcado por uma mesa de escritório, que divide as fronteiras entre as recepcionistas, do lado de dentro, e as usuárias, do lado de fora. Nas superfícies ocupadas pelos funcionários, existem uniformes, objetos típicos de uma recepção, falas organizadas em vocabulários precisos que exteriorizam informações sobre agendamento, pagamentos e dinâmica do tempo de espera. Como o nome evidencia, em torno desta mesa ocorre o atendimento inicial de todas as pessoas que acessam a porta de entrada. A partir deste ponto, com afabilidade e, por vezes, intimidade, as pessoas são convidadas a aguardar o momento de seu atendimento.

Em uma das clínicas, a recepcionista tem um papel mais ativo, sendo comum ela participar das conversas e se colocar em um papel interativo e, por vezes, informativo. Principalmente, ela se mostra bastante interessada na vida das mulheres, conhece aspectos íntimos de suas trajetórias e os aborda com dedicação. Ela se coloca ativa para ajudar nas soluções de dilemas relacionados aos tempos de espera, mediação com expectativas nas consultas e encontrar a melhor data e horário para as mulheres. Sua presença funciona como uma mediação entre as mulheres na sala de espera – com suas dúvidas e receios – e os médicos e implantes.

Na recepção também ocorrem as operações monetárias relacionadas ao pagamento das consultas e implantes. O pagamento ocorre ao final da permanência na clínica, após a inserção e/ou retirada dos implantes. Em um determinado dia, algumas informações foram divulgadas para toda a sala, como o número máximo de parcelas, que seria a possibilidade de dividir em até quatro vezes no cartão de crédito e uma

modificação, não aceitariam mais cheques a partir do mês seguinte, as únicas formas de pagamento seriam “cartão de crédito” e “em espécie”. Embora todas as pessoas presentes na sala possam ouvir, não se comenta sobre o assunto. Os valores de pagamento são diferentes de acordo com os procedimentos realizados e as substâncias prescritas, além do preço da consulta, que não é habitual, mas pode variar. O assunto não é comentado na sala, mas são direcionados curiosos olhares para as cenas, que ocorrem dezenas de vezes ao longo de cada dia de atendimento.

Do outro lado da mesa, estão as pessoas que aguardam os atendimentos e procedimentos dos implantes. Cadeiras e sofás confortáveis as acolhem. São muitas pessoas, muitas vezes, as salas ficam abarrotadas de mulheres, poucos (raros) homens. Nestes espaços, é perceptível que as mulheres possuem idades variadas. Não consegui identificar nenhuma abaixo de 18 anos e podem chegar aos 85 anos. As pessoas sabem que permanecerão horas neste ambiente e procuram seus espaços de conforto. Em uma das clínicas não há espaço suficiente para todas as pessoas se sentarem, o que produziu uma dinâmica de revezamento nos assentos. Algumas pessoas cedem e se sentam no chão.

As salas de espera são espaços de conversas informais em que as mulheres estão estabelecendo diálogos sem a mediação de um profissional — ou de uma pesquisadora, como na entrevista, por exemplo. Durante a espera, algumas pessoas preferem distrações mais individuais, como a leitura de livros, revistas ou interações com o celular. O mais habitual é que as pessoas alternem os seus focos, pois elas permanecem longas horas na sala de espera entre o aguardo da consulta e o procedimento com os implantes. Parte significativa do tempo de permanência é destinado às conversas informais.

Pequenos grupos de conversas se formam, na maioria das vezes, as falas são ritmadas, espaçadas e baixas, mas o somatório final das vozes torna o ambiente ruidoso, o que é comentado e atribuído ao fato de “as mulheres adorarem falar”. Procurei modificar minha posição na sala de modo a escutar a maior diversidade possível de diálogos. Algumas pessoas ou determinados temas estimulam os timbres, que se tornam mais elevados, rápidos e envolventes, angariando a participação mais ativa e homogênea de toda a sala. Uma das primeiras cenas que pude observar em uma sala de espera produziu repercussão em toda o espaço. Uma atriz conhecida⁸⁸ pelas pessoas que aguardavam na sala, encontrava-se na sala lendo o livro “A melhor coisa da vida”⁸⁹, espécie de autobiografia de Elsimar Coutinho. Em um determinado momento, ela comenta sem um interlocutor específico, “ele tem uma grande história de vida”. A sala prontamente se mobiliza em torno do tema “Elsimar Coutinho”, destacando atributos como “grande pesquisador”, “excelente médico”, que “colaborador da OMS”, “professor universitário”.

Dentre os principais tópicos abordados e comentados, situam-se os laboratórios e resultados dos exames de sangue e de imagem, que são trazidos nas próprias embalagens — sacolas plásticas — dos respectivos laboratórios. Pela embalagem, é possível perceber que há dominância de uma empresa onde se realizam os exames com poucas exceções. Esta correspondência se torna um tema, não pelas discussões a respeito da preponderância econômica de determinadas empresas, mas por questões

88 Considerei relevante comentar que a atriz era conhecida pelo fato de que eu não tenho conhecimento habitual das atrizes e modelos que aparecem nos meios de comunicação. Sendo assim, demorei um tempo significativo para compreender que a dinâmica da sala pode ter alterado exatamente pelo fato de ter sido uma atriz a colocar o tema na sala.

89 De outro modo, o livro em questão eu conhecia e já havia lido para a realização deste trabalho, sendo assim, foi mais fácil entender os pressupostos dos comentários. Minha surpresa é que muitas mulheres presentes na sala também conheciam o livro e alguns aspectos da história de vida de Elsimar Coutinho.

relacionadas às características dos profissionais que trabalham nestes locais, que se tornam pessoas conhecidas e íntimas. Fala-se dos profissionais e avalia-se os atendimentos através de códigos que se tornam comuns para a avaliação destes espaços, que podem ser interpretados através da lógica de consumidores, tais como se foram “bem tratadas”, se os profissionais são “simpáticos”, além do tempo de espera para o resultado dos exames.

Nas salas, os exames são abertos e apresentados umas às outras, como em uma consulta coletiva, compara-se os resultados. Os resultados dos exames de imagem — ultrassonografia abdominal e transvaginal — são abordados e comentados, mas, notadamente, os índices mais discutidos são os de testosterona e colesterol, certamente os exames mais populares nestes locais. É comum ouvir “minha testosterona está zerada” ou “minha testosterona subiu neste último ano”, assim como se menciona “meu colesterol subiu” ou “meu colesterol se manteve dentro do normal neste ano, graças a Deus”. Diante de exames menos conhecidos, pode-se procurar esclarecer dúvidas na própria sala, questionando os significados, que sempre são abordados como um dado objetivo que traz uma verdade sobre o corpo, mesmo que não seja necessariamente toda a verdade. A troca de informações bioquímicas instiga a sala, pois ela traz o corpo à baila a partir de informações e dados objetivos. O corpo-organismo se faz presente, pode ser comentado, comparado através de códigos comuns que se apresentam através dos índices bioquímicos. Nota-se que não é o corpo fragmentado da anatomia, mas é o corpo que se torna visível e objetivado através de dados dinâmicos e transitórios, característicos da perspectiva bioinformática que a bioquímica representa nestas salas. Por serem dados mutáveis e cambiáveis, podem se tornar alvo de distintas preferências. A informação bioquímica “anima cada corpo para torná-lo aquilo que ele é” (Sibilia,

2015). Assim, nos consultórios médicos individuais de implantes, estes dados serão negociados de acordo com preferências das usuárias.

Nas salas também são entoadas as eficácias biológicas e sociais dos produtos, que se apresentam através de benefícios e resultados de diferentes sentidos: “não tenho ideia do que é menopausa desde que coloquei esses implantes”, “o chip mudou minha vida”, “não sei o que é TPM há 5 anos”, “meu marido disse que é um ótimo investimento, antes, eu quase matava ele durante a TPM”, “mudou toda a minha vida, meu corpo, tudo, minha libido, ser mulher não é mole não, são muitas jornadas”, “eu to ótima”, “estou na minha terceira fórmula, fui me adaptando e agora senti endurecer a carne”, “não tenho mais preocupação em não engravidar” “eu estou emagrecendo”, “eu menstruava rios, agora tenho minha vida de volta”, “não dá para viver sem”, “eu tinha uma menstruação horrorosa”.

Em suas falas, os implantes são uma tecnologia que enseja maneiras de pensar e agir sobre o corpo que, previamente, sem o uso de tais substâncias, seriam substratos “falhos” ou “insuficientes” — não necessariamente doentes, mas um “rascunho” (Le Breton, 2013, pp.13) —, que trazem um imperativo de modificação por diferentes motivos, seja pela TPM, libido, possibilidade de engravidar, a menstruação, a menopausa ou mesmo pela busca de um efeito adicional, como “emagrecimento”. Nesse sentido, os implantes poderiam ser compreendidos como um dispositivo fármaco-político, que congregam, de um lado, explicações sobre o corpo biológico e, de outro, possibilidades de ações que o modifica.

O que não consegui encontrar nestas salas coletivas foram as falhas e quebras de expectativas direcionadas aos implantes, que, de outro modo, aparecem nos consultórios individuais. Ao longo do trabalho, observei os silêncios relacionados aos dilemas

vivenciados nas relações com a técnica, às expectativas dos efeitos, relacionados as suas falhas e efeitos colaterais. Percebe-se que ocorre uma implícita seleção sobre os temas que aparecem nessas salas coletivas, verbaliza-se os dados objetivos dos exames, os efeitos positivos dos fármacos, mas se evita os temas relacionadas as falhas dos implantes. Estes assuntos surgem exclusivamente nos espaços sigilosos e individuais, negociados com os médicos nos consultórios individuais, como apresentaremos adiante. Ao que tudo indica, as salas são bons lugares de divulgação, difusão e marketing do produto onde se fazem visíveis e falados apenas seus efeitos e eficácias esperados.

6.2.2 O segundo ponto – as salas de consulta médica

O anúncio do nome, proferido pelo médico ou pela recepcionista, é o convite para o acesso a uma segunda porta divisória, que delimita o espaço coletivo da sala de espera e o consultório individual. Desta porta, o trânsito da mulher pode ser dirigido para a sala de consultas ou para a sala de procedimentos. Em algumas situações, a mulher é direcionada à sala de procedimentos, o que ocorre quando ela possui uma prévia prescrição médica dos implantes hormonais subdérmicos — seja de um dos médicos que atende na respectiva clínica ou em outros locais⁹⁰. Na maioria das vezes, o primeiro chamado se refere a consulta médica individual.

O médico pode ir recebê-la na porta, conduzindo-a elegante e delicadamente até a cadeira ou aguardá-la sentado, mas a postura demonstra acolhimento e receptividade. Nestes espaços, ocorre o encontro entre médico e usuária, que se sustenta através de

90 Alguns médicos não fazem inserção e retirada dos implantes, apenas a prescrição. Nestes casos, eles podem indicar a enfermeira que trabalha nestas clínicas.

uma comunicação nucleada pelos elementos que compõem a consulta médica individual nestes consultórios. Além dos implantes hormonais, outros objetos contribuem para a depuração do diálogo que ocorre nestes pequenos espaços: a mesa, o roteiro de anamnese, os exames laboratoriais e de imagem, os registros no prontuário, a prescrição, a caneta.

Em torno da concretude promulgada por esses objetos, mulheres e médicos negociam nestas salas demandas, expectativas e imaginários farmacêuticos. Não quer dizer que todas as mulheres saiam com prescrições de implantes destas salas, isso irá depender da situação em específico, mas os implantes — de “hormônios”, cumpre enfatizar — são a razão primordial da comunicação que se estabelece nestes consultórios.

A mesa do consultório individual delimita a área do médico e a área da paciente. É apenas um móvel, que poderia ser o mesmo de outros ambientes de negociações e relações comerciais, mas, é uma mesa que delimita zonas de atuação, separações de lugares e condutas. Não há subversões, ninguém ousa mudar de posição diante da mesa, todos conhecem seus respectivos espaços e funções, ao que tudo indica, até a mesa. Ela segmenta as posturas corporais, movimentos faciais, linguagens, temas e comportamentos. De um lado da mesa, mais próxima da porta, a paciente, cujo epicentro se constitui em torno da demanda que será apresentada. Do outro lado, o médico-prescritor, aquele que, deste lado da mesa, confere a sentença final através da prescrição. As demandas podem ser dialogadas e negociadas, mas ocorre a separação material que se enseja através da mesa com suas zonas e respectivas atribuições.

De acordo com manuais de clínica médica⁹¹, a avaliação clínica se funda centralmente na comunicação entre médico e paciente através de um conjunto de técnicas que direcionam a atenção no sentido de acessar determinadas informações do paciente. Neste processo, alguns dados são considerados relevantes, são observados e registrados, enquanto outros podem passar despercebidos. O ritual se inicia e se central na “queixa” apresentada pelo paciente, que é o motivo pelo qual ele buscou o atendimento médico. Diante da queixa, são articulados os dois pilares da prática clínica — anamnese e o exame físico — que permitem acessar as informações necessárias para a definição das “hipóteses sobre a natureza das queixas” (Bates, 2005, pp.19).

Um livro didático bastante utilizado nos cursos de medicina durante a introdução do método clínico, afirma que a consulta envolve centralmente a habilidade de comunicação, mas, destaca-se o tipo de comunicação necessária:

A entrevista é uma conversa com um propósito. Como clínico, você terá que recorrer a muitas habilidades interpessoais usadas no dia-a-dia, porém com diferenças importantes e únicas. Ao contrário da conversa social, na qual você expressa apenas seus próprios interesses e necessidades e só é responsável por você mesmo, o propósito básico da anamnese é promover o bem-estar do paciente. Fundamentalmente, são três os objetivos dessa conversa: estabelecer uma relação de confiança e apoio, colher informações e fornecer informações. A comunicação e a relação terapêutica com os pacientes são as habilidades mais valiosas do atendimento clínico. Como clínico iniciante, você concentrará seus esforços em obter informações. Ao mesmo tempo, pelo uso de técnicas que reforcem a comunicação e a confiança, estará criando condições para que a anamnese se desdobre de forma mais plena e detalhada. Estabelecer uma relação de apoio com o paciente não só favorece a coleta de informações, como também faz parte do próprio processo terapêutico de atendimento (Bates, 2005, pp.19).

91 Existem diversos roteiros e materiais didáticos que se direcionam a descrição das habilidades e competências necessárias para uma avaliação do paciente. Os manuais enfatizavam os elementos essenciais que devem constar na atenção e prática clínica. Os dois pilares da avaliação clínica são anamnese e exame físico. Para a tese, optei por utilizar o mesmo livro didático ao qual fui experienciada neste processo de aprendizado.

Etimologicamente, *anamnese* vem de um termo grego, *anamnesis*, cujo significado é recordar. Na prática clínica, anamnese envolve, além da recordação de dados de saúde pregressos, a coleta de outros dados relevantes para a identificação, diagnóstico e planejamento de intervenções atuais articuladas aos sinais e sintomas apresentados na ocasião da consulta. É comum nos ambientes universitários serem disponibilizados roteiros de anamnese, baseados em autores consagrados como referências acadêmicas. O roteiro é uma forma de organizar a dinâmica das consultas, mas ele também é uma maneira de perceber determinados fenômenos em detrimento de outros. Assim como os manuais, os roteiros para a formação médica direcionam a capacidade de criar consensos a respeito de determinadas visões médicas (Nakano et al, 2016), ao mesmo tempo em que possibilitam o acesso ao vocabulário e prática profissionais institucionalizados ao círculo de iniciados (Martins, 2004, pp. 87). No caso da prática clínica, a seleção das informações e dados que devem ser observados e descritos em uma anamnese, estruturados através de um roteiro, diz sobre o que se considera relevante, o que se deixa visibilizado, observado e categorizado no corpo biológico.

Nos consultórios observados nesta pesquisa, há um tipo de roteiro de anamnese próprio, que é transmitido ao longo do curso prático de implantes. Na parte superior consta o título “**IMPLANTE – ANAMNESE**”, seguido pelos dados de identificação: nome, data de nascimento, sexo e peso atual. Por fim, existem cinco questões para a marcação de opções: 1) Das patologias (doenças) abaixo relacionadas, indique qual (is) você já foi diagnosticado e/ou tratado: cardiopatia, asma, artrite reumatóide, alergias, AVC, câncer, cirrose hepática, depressão, diabetes, gastrite ou úlcera gástrica,

problemas renais, trombose, hipertensão, varizes; 2) Faz uso de algum medicamento contínuo? (Últimos 03 meses), Anticoagulante, antidepressivo; Diurético, Protetor Gástrico, Anti hipertensivo, Anti histamínico, Corticoides; 3)Faz uso de algum suplemento para malhar?, sim, não, qual?; 4) Faz uso de algum chá?, sim, não, qual?; 5) Assinale o que for afirmativo sobre o seu estado de saúde, tontura, palpitação, atividade física, fumante; 6) Comentários e/ou observações. Da maneira como o roteiro é organizado, as próprias mulheres poderiam responder as questões, mas ele também podem ser utilizados dentro do consultório médico.

Quando as pacientes chegam no interior das salas, os médicos estão com seus respectivos prontuários que seguem o padrão deste roteiro. A entrevista envolve a pergunta sobre o motivo pela qual a paciente procurou a consulta, que nem sempre precisa ser explicitada, pois, em grande parte das vezes, a mulher tem a iniciativa e apresenta sua demanda, antes mesmo da enunciação da pergunta. Muitas das vezes, nas consultas acompanhadas, tratavam-se de pacientes conhecidas e habituais frequentadoras dos consultórios, nestas situações, as consultas se iniciavam através de comentários mais direcionados. Rosângela⁹² chega ao consultório, posiciona-se na cadeira e inicia consulta através da frase: “Está tudo ótimo, maravilhoso, coloquei meu implante e desde abril acabou o efeito, por isso estou aqui”. Em todas as situações, a consulta médica foi agendada pela paciente em busca de uma intervenção direcionada aos implantes hormonais.

A consulta envolve centralmente uma comunicação entre médico e paciente que, ainda que perpassa diferentes tipos de linguagens e gestos, organiza-se pelo filtro da

92 Neste capítulo trabalhei com nomes fictícios de mulheres para manter o anonimato. Optei por manter o uso de outros nomes para identificar que se tratavam de pessoas distintas nas respectivas frases. Não apresentei uma caracterização geral das mulheres, pois este será o tema de capítulo específico.

anamnese e, mais fundamentalmente, articula-se diretamente à demanda trazida pela mulher. Nos consultórios acompanhados, as demandas podem ser enunciadas de diferentes maneiras⁹³, mas elas são elaboradas nos termos dos implantes hormonais, direcionam-se às expectativas de seus efeitos. Seja da parte das mulheres ou dos médicos, a comunicação que se estabelece nestas salas diz respeito aos implantes, funda-se nos implantes. A ubiquidade destes pequenos tubetes de silicone permite que não seja necessário tomar muito tempo com as óbvias explicações a respeito de outras possibilidades terapêuticas. Naqueles ambientes, a comunicação se estabelece em torno da onipresença dos implantes e, ao que parece, “tudo” se relaciona a eles.

Monaísa apresenta a seguinte questão durante sua consulta: “Estou na menopausa, não quero passar por isso. Tá doido, não quero”, o que se seguiu foi a solicitação do “implante de testosterona” e o médico, apresentando-se de maneira compassiva, sentenciou: “vou botar um pouquinho de testosterona para dar um gás”.

Em outro momento, Antônia relata que realizou uma cirurgia recente, “sem complicações” e apresenta o motivo pelo qual procurou a respectiva consulta médica:

Eu fui na minha médica, a minha ortomolecular, conversando com ela eu falei que queria colocar e ela falou para eu conversar com você, porque eu comentei com ela que estou com a minha libido um pouco baixa depois que eu tive bebê, tem um ano e pouco.

Os implantes depuram as relações que se estabelecem nos interiores daquelas salas entre médicos e pacientes, nucleiam as demandas, as expectativas, os diálogos e as intervenções.

93 Vou abordá-las com mais dedicação adiante.

Nas consultas acompanhadas, os exames físicos foram dispensáveis, enquanto os exames laboratoriais e exames de imagem ocupam o lugar central no acesso ao corpo das mulheres. O médico mencionou em uma das consultas “eu consigo te ver todinha por dentro” ao analisar os resultados de exames laboratoriais e de imagem. Os exames se tornam a maneira através da qual o médico pode acessar os dados que realmente importam no corpo biológico, como se eles possibilitassem a emergência da objetividade do corpo, que se evidencia através dos exames. Os aspectos desnecessários podem ser ignorados, pois os exames operam uma depuração do corpo biológico, deixando que a verdade possa ser observada.

O diálogo que se segue ocorreu entre o médico e Sônia, uma paciente frequentadora da clínica de implantes:

Mulher -Estou preocupada, será que já estou na menopausa? Se estivesse, os exames estariam acusando.

Médico – Espere que lhe digo já.

Mulher – Não quero estar. Quero acabar logo com isso.

Médico – Não se preocupe, você não está na menopausa.

Mulher – Hoje em dia tem exame de quase tudo.

Médico – Eu trabalhando aqui, estou vendo você por dentro inteirinha, tudo que se passa dentro de você está aqui refletido nesse exame.

Mulher – Que bom.

Médico – Cada exame se refere a determinado problema.

Se a comunicação é o eixo através do qual uma consulta médica se desenvolve, nesta pesquisa, os exames e os implantes são o epicentro da semântica e da semiótica dos consultórios médicos. Através destes elementos técnicos, o corpo se evidencia e é manipulado em um processo retroalimentar com as demandas apresentadas pela paciente. Na dinâmica dos consultórios investigados, a centralidade não está baseada na

busca da cura de uma doença ou na retificação de aspectos específicos do corpo. A racionalidade engendrada no interior dos consultórios articula visualização, intervenção e demanda através de técnicas biomédicas, no caso, exames e objetos farmacológicos.

Patrícia chegou para a sua primeira consulta médica sem exames:

Mulher – Estou interessada no implante hormonal, tenho algumas queixas, sintomas, a idade chegando, tem a parte do anticoncepcional, já tenho dois filhos e não quero ter mais filhos, se pudesse já teria ligado minhas trompas, meu médico que não deixou, estou me sentindo bem ressecada já a bastante tempo.

Médico – Você fez algum exame?

Mulher – Fiz, está tudo normal. Fiz exames aleatórios, tireoide, normal, nunca fiz ultrassom, a última mamografia que fiz foi antes de engravidar, tem cinco anos, não fiz mais.

Médico – Quando foi sua última menstruação?

Mulher – Foi agora, tem uns dez dias.

Médico - É importante que você traga os exames.

Mulher – Posso fazer de novo. Até porque eu queria fazer, minha mãe já operou, tirou a tireoide, eu nunca, na verdade, faço exame de sangue.

Médico – O exame seria importante para eu ter controle aqui, para se você usar o um implante por um ano e voltasse, se você tiver algum tipo de modificação eu vejo no exame. A maior vantagem do exame nem é para o médico, é para o paciente.

É relevante compreender que ocorre uma articulação meticulosa e sofisticada entre técnicas aparentemente diferentes, exames e objetos farmacológicos, que ratificam a objetividade e a concretude necessárias para a existência de dados nomeáveis e mensuráveis no interior da consulta médica. A concretude não exige uma sentença diagnóstica, ela pode se apresentar através de técnicas de melhoramento e, até mesmo,

aconselhamento, mas é articulada em torno de algo tangível e material, que os exames e os implantes hormonais subdérmicos muito bem representam.

Não é necessário o contato físico entre humanos, tomam seus lugares, os objetos e as técnicas, muitos mais consistentes e explicativos em termos materiais e propositivos. Os implantes, assim como os medicamentos em geral e mesmo os exames laboratoriais “são formas concretas e utilizáveis” em que “pacientes e médicos podem direcionar seus esforços” (Van der Geest *et al*, 1996). Eles são elementos que garantem uma boa conversa e um planejamento de intervenção no corpo biológico.

No interior destes consultórios, que podem ser bastante representativos da dinâmica de outros empreendimentos médicos privados, as práticas envolvem moralidades implícitas baseadas no sigilo, privacidade, complacência e igualdade entre aqueles que frequentam estas especialidades. As portas estão sempre fechadas, o tom de voz é baixo, as palavras são cuidadosamente escolhidas de maneira que temas potencialmente desconfortáveis sejam abordados de maneira espontânea. Após um ano convivendo com prolapso de algum órgão — ainda indecifrável —, Aparecida retorna com a mesma queixa:

Mulher: O órgão desse lá pela vagina. Eu não sei o que desce, mas desce.

Médico: Mas você não tem útero, já tirou, o que desce? O intestino?

Mulher: Eu não sei o que desce, mas algo desce...

Médico: Depois que você tirou o útero ficou uma passagem, tem que fechar.

Mulher: O médico tirou o útero por baixo, ele não devia ter tirado por baixo né?

Médico: Não, filha, a gente podendo tirar por baixo é o melhor para a paciente. As vezes fica caindo, mas aí fecha.

Em diversos momentos, a conversa do médico ocorre ao mesmo tempo em que ele procede os registros nos prontuários, o que gera um tipo de desconforto geralmente não comentado, mas expresso através da postura das mulheres diante do médico. Nas consultas que acompanhei, seus olhares buscavam os meus, posto que eu permanecia a maior parte do tempo observando atentamente suas falas e expressões. Uma paciente jovem, Fernanda, explicitamente desconfortável, interroga: “o senhor não ouviu minha queixa” e ele, surpreso, direciona seu olhar com a resposta “queixa?”. Ela desenvolve suas questões, mas ele rapidamente retorna aos prontuários escrevendo o relato de suas “queixas”. O registro mobiliza a atenção do médico de maneira decisiva.

O momento final das consultas médicas é direcionado à prescrição, também um artefato material, que “pressagia a concretude do medicamento” (Van der Geest et al, 1996). A prescrição dos implantes ocorre em um formato também apresentado no curso de implantes através de um modelo que especifica todos os elementos necessários na prescrição de implantes: cabeçalho com o nome da clínica ou identificação do médico (nome, endereço e número de inscrição no Conselho Regional de Medicina); nome e endereço completo do paciente; nome da substância prescrita, dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade em algarismos arábicos e por extenso e posologia, data de emissão, assinatura do prescritor. Além disso, as receitas que contiverem substâncias sujeitas a controle especial devem conter duas vias.

Prescrição e objeto farmacológico são parte de um mesmo processo que situa “a essência da prática médica, prescrever é a coisa principal esperada de um médico. Um médico sem prescrição apresenta uma contradição” (Van der Geest et al, 1996). No caso destes consultórios, um médico sem a prescrição de um implante seria um contrassenso, já que o eixo gravitacional destas espacialidades está enredado nestes objetos

farmacológicos. A prescrição é um momento crucial da vida dos implantes, é o elo de comunicação e inteligibilidade entre médicos e paciente, pois ela abre um diálogo concreto em torno das intervenções materiais que serão empreendidas. A prescrição legítima e confere substancialidade a demanda da paciente ao mesmo tempo em que indica interesse e disposição do médico em se dedicar às demandas apresentadas pela paciente.

A não prescrição de implantes, que poderia ser preferível por quaisquer motivos biomédicos, seria ilógico nestes contextos. “Numerosos autores observaram que os médicos tentam aumentar sua boa reputação prescrevendo profusamente” (Van der Geest et al, 1996). No acompanhamento dos consultórios, os médicos se tornam referências precisamente na prescrição destes objetos farmacológicos, sua reputação não apenas se firma em torno deles, mais do que isso, sua disponibilidade de prescrever implantes o identifica como um tipo específico de profissional.

A parte final da consulta envolve a entrega de dois pedaços de papel, um deles é a prescrição propriamente dita — que deverá ser entregue na sala de procedimentos, pois a receita deve ficar retida — e o outro é um cartão de implantes — feito com um papel branco espesso e compacto, que as mulheres levam consigo para guardarem a informação de seus respectivos implantes.

Os dois papéis, prescrição e cartão, estendem a ação do médico para além dos consultórios, modificando a relação entre médico, paciente e objetos médicos. Ao levar um cartão consigo, é como se a mulher levasse “o próprio médico com seus conhecimentos e bons conselhos, sua preocupação e seu acesso a medicação”. O cartão não é a medicação, não é o médico, mas é sua presença metonímica de maneira tangível.

É também a prova da concretização e legitimidade de suas demandas, que pode lhe servir para outras relações, articulações e negociações.

6.2.3 O terceiro ponto – a sala de procedimentos

“De ladinho, de costas para mim. Inclina toda pra frente. Ardido [aplicando a anestesia]”, diz a enfermeira responsável pelos procedimentos de inserção e retirada dos implantes. Ainda não é a melhor posição, então, instrui verbalmente a movimentação do corpo, sem tocá-lo. Ela está com as luvas esterilizadas preparando o próximo passo do procedimento, a inserção do *trocater* na pele: “O joelho na frente para você ficar mais confortável, pronto! Assim! Ficar desconfortável é horrível, ficar tensa e mal posicionada, não dá”.

A profissional que ocupa a sala de procedimentos é enfermeira⁹⁴ e tem trabalhado com implantes por mais de 20 anos. Outros médicos de diferentes clínicas confiam e a referenciam para suas respectivas pacientes, assim, sua demanda é maior do que a de consultas médicas na clínica. Ao longo destes anos, ela foi aprimorando a técnica de inserção e retirada. Em um certo momento, ela comenta que o *trocater* — objeto que perfura a pele antes da inserção dos tubes — foi sendo modificado por ela mesma, que desenvolveu um novo protótipo mais adaptado a técnica, atualmente comercializado por uma empresa internacional.

94 Existem outras enfermeiras que realizam os procedimentos, mas a profissional que eu obtive a oportunidade de acompanhar durante a pesquisa é a que trabalha há mais tempo com a técnica. Ela viaja com o médico nas consultas, acompanhando-o nas diferentes clínicas nas capitais onde atualmente realiza consultas.

A profissional acompanha as dinâmicas de cada espaço da clínica, transita por todas as salas verificando seu funcionamento, assim como acompanha os seus fluxos inter-espaciais e geográficos, pois ela também realiza os procedimentos em outras cidades. Ao mesmo tempo, a sala de inserção e retirada fica inteiramente sob sua responsabilidade. É comum, também, encontrá-la mediando a solução de dificuldades de agenda apresentada pelas pacientes: “Só para tirar você não tem que enfrentar fila, você não passa pelo doutor, você vem cedinho, 9horas. Do lado que tirar, coloca, que é melhor. Pode vir”. Embora não seja apresentada dessa forma, é uma espécie de gerente da rede assistencial de implantes, conhecendo seus aspectos clínicos, assistenciais, organizativos, monetários e políticos. Assim, ela se tornou uma referência no universo dos implantes por conhecer cada ponto de seu trajeto, apresentar uma larga experiência com a técnica e, ao mesmo tempo, envolver-se com a vida das mulheres que frequentam as clínicas.

Nas clínicas, o segundo chamado pelo mesmo nome, anteriormente enunciado com a finalidade de participar da consulta médica, é o sinal para o trânsito em direção a sala onde ocorrem os procedimentos de inserção e retirada dos implantes. Habitualmente, a enfermeira aguarda na sala ou aproveita o curto intervalo para resolver questões organizativas dos procedimentos ou da dinâmica dos implantes na clínica.

A paciente chega nesta sala com a prescrição para a inserção, retirada de implantes ou para os dois procedimentos. Em grande parte das vezes ainda existem dúvidas quanto ao procedimento ou outros aspectos relacionados aos implantes. A sala está toda sistematizada para o procedimento, há uma mesa com os materiais e uma cama, típica de consultórios, cujo nome técnico é maca, sem sinais de cadeiras. A usuária é orientada a se sentar na maca, enquanto a enfermeira conversa, responde

dúvidas e prepara o procedimento. Em algumas poucas situações, entre estes poucos minutos, ela se direciona a sala do médico para interagir sobre a prescrição e avaliar outras possibilidades.

Ao mesmo tempo em que ela conversa e responde às dúvidas, inicia o procedimento e interage comigo sobre o seu trabalho com os implantes. “A testosterona geralmente é mais transparente, o mais branquinho é o hormônio feminino, o estradiol. A testosterona gruda mais (no interior do tecido da pele), o estradiol sai com mais facilidade”. Ao ser liberada através do silicone, a testosterona se envolve com o metabolismo local dos adipócitos, assim, o silicone se torna mais articulado ao tecido no seu entorno, dificultando sua retirada.

Nesta sala existem muito mais palavras, sensações e afetos. As mulheres chegam verborrágicas e a enfermeira interage com solicitude e intimidade, respondendo as dúvidas, pontuando questões e conversando sobre situações e interesses comuns, tais como viagens, joias, filhos e outros procedimentos em saúde. Nesta sala são estabelecidos diferentes planos de trocas, baseados nas intersecções entre corpo e objetos materiais, nas trocas semânticas e nas trocas de imaginários que vai se constituindo através dessas interações. São apenas mulheres, as enfermeiras e as pacientes. O vocabulário é mais solto, as palavras não são tão formais, aparecem os medos e receios, as dúvidas e angústias. Questionamentos como “Será que minha bunda vai ficar roxa?” ou simplesmente “dói?” ou frases como “Ela já me explicou”, “exatamente como ela me orientou”, demonstram a sintonia entre a enfermeira e suas pacientes.

É interessante que o ambiente da clínica em que os objetos médicos e técnicas estão presentes da maneira mais tangível, também é o espaço onde as mulheres se

apresentam mais descontraídas. De alguma maneira, a profissional se projeta neste espaço, entoando uma dinâmica de praticidade, segurança e intimidade. O ritual se inicia com a preparação da sala, que ela mesma executa todos os dias que chega à clínica. Ela não mora nestas cidades, então, chega nas respectivas clínicas antes do início das consultas, trazendo consigo uma mala com todos os objetos e materiais necessários para os procedimentos e, inclusive, os implantes propriamente ditos. O material utilizado na inserção de implantes: luvas; o implante, que vem embalado em um material plástico com o nome da empresa, descrição da substância e data de validade; xilocaína, o anestésico utilizado; esparadrapo; clorexidina; um material plástico impermeável; um pacote de gaze; agulha; seringa; um trocater e uma pinça, no caso da retirada. Prepara a sala sozinha. Os materiais se situam em um suporte ou mesa, posicionado ao lado da maca. Cada objeto tem sua devida posição.

Quando a paciente chega, ela a posiciona na maca, primeiro sentada e, em poucos segundos, orienta a melhor posição, deitada, de costas com um joelho dobrado e o outro esticado. Tudo ocorre de maneira dinâmica. Diante da postura adequada, a enfermeira limpa a pele com a clorexidina em movimentos rápidos e fortes sobre a pele. A seringa está agulhada e ela aspira o anestésico e inicia sua infiltração através da pele, trata-se de uma anestesia local subcutânea, 5ml de xilocaína, na região das nádegas, onde os implantes serão posteriormente inseridos. Ela ressalta que o “bloqueio” deve ser feito bem lentamente para a paciente não sentir dor e finaliza com um “botãozinho na pele”. O “botão” é a forma de bloquear os nervos da respectiva região, o que impede a sensação de dor por um determinado período. Bloqueio e botão são terminologias técnicas comuns aos procedimentos cirúrgicos.

Não se utiliza bisturi, instrumento mais comumente utilizado para cortar a pele durante procedimentos cirúrgicos. A técnica desenvolvida para o manuseio dos implantes se centra no trocáter, um outro objeto perfurante, que possui uma ponta cortante. Ela faz uma pressão na pele para a inserção do trocater, que abre um orifício. O trocáter apresenta uma ponta perfurante em uma das extremidades e, na contralateral, assemelha-se a um cânulo aberto. Assim, ele perfura a pele e serve como um canudo através do qual os tubetes são inseridos. Caso o procedimento seja apenas de inserção, o que ocorre uma única vez, quando do primeiro procedimento, os tubetes de silicone — que possuem as respectivas substâncias em seu interior — são inseridos através do trocater. Finalizada essa parte, a pele é limpa e se cobre com o material esterilizado que tem uma consistência parecida com um plástico.

Para a retirada dos implantes previamente inseridos, antes de sua remoção com a pinça, também é inserido o trocater e com ele são realizados diversos movimentos bruscos e rápidos em torno dos tubetes com a finalidade de descolar a pele do entorno das cápsulas. Após diversos movimentos, retira-se o trocater, pega-se a pinça e se inicia uma busca pelos implantes que serão retirados através desse material. Uma mão segura a pinça e a outra tateia os tubos com as polpas dos dedos, cada tubinho com implante é retirado com a pinça. Trata-se de um processo meticuloso e nitidamente difícil, que exige uma experiência prática de manejo da técnica. No mesmo orifício, pode se fazer a colocação da cápsula nova, desde que não ultrapasse 6 cápsulas. Caso seja um número maior, o que dependerá da prescrição, troca-se o lado e se realiza a inserção no lado contralateral das nádegas, para evitar “formar hematoma ou fibrose”.

Este talvez seja o lugar precípua dos implantes na clínica, eles estão concretamente presentes e são materialmente manipulados nos corpos das usuárias. Os

demais atores e objetos presentes auxiliam no “cumprimento de sua finalidade de vida” (Van der Geest et al, 1996), tal seja, consubstanciar-se ao corpo orgânico vivente daquela que se situa (momentaneamente) na maca.

Durante o procedimento, os semblantes se iniciam apreensivos, principalmente durante a anestesia. Via de regra, a presença neste espaço termina com algum comentário sobre o procedimento destacando a surpresa diante da amenidade da intervenção. A enfermeira geralmente também procede comentários finais, “Prontinho, deu até para relaxar hein?!”.

6.3 As queixas, as demandas e os imaginários farmacêuticos dos implantes

Médico: Só tem um problema, quem usa isso, nunca mais vai querer parar e esse é um grande problema para mim e para você, como é que vai atender tanta gente

Paciente: E aquelas coisas, assim, o efeito é melhor do que o que eu to tomando, né?!

Médico: É o mais natural possível

Paciente: Cabelo, melhora esse aspecto?

Médico: A melhora é tão grande que você não vai querer parar ...

Paciente: E é só reposição feminina?

Médico: Feminina. Vai um pouquinho de hormônio masculino para você ficar legal

Paciente: Ah, sim, porque eu malho e..

Médico: Mas o predominante aqui é feminino

Paciente: Porque antes de eu tomar qualquer coisa eu era zerada de tudo, zerada de feminino, zerada de masculino. Aí comecei a usar um creminho, dei uma melhorada, mas...

Médico: Agora você vai ter uma coisa mais natural. Como se você tivesse tirado o ovário, congelado ele, não envelheceu e agora colocou. Os hormônios que eu lhe dou são os hormônios que o ovário fabricava.

Paciente: E já vai um pouquinho de testosterona?

Médico: Isso inclui o masculino e o feminino. Uma dose apropriada para o seu tamanho. Isso preserva a calcificação óssea, você não vai perder estatura e nem postura. Se você já tem perda óssea, você recupera e quem bota esse implante não vai querer mais parar de botar

Paciente: Aí fica um ano numa boa?

Médico: Um ano, não precisa tomar nada

Paciente: Eu tomo essas coisas, assim, bcaa⁹⁵, isso não tem problema, né?!

Médico: A dose que você recebe corresponde ao tamanho de um comprimido de aspirina por ano, entendeu? Ao invés de você ficar tomando todo dia ou 3 vezes ao dia

Paciente: E eu coloco isso...

Médico: Hoje! Já sai daqui pronta!

Paciente: E só uma coisinha. Ele fica em qual região?

Médico: Na nádega, região superior. Eu vou lhe acompanhar.

Paciente: E dói?

Médico: Não.

Paciente: Na realidade, eu sou tranquila!

Médico: Vou te acompanhar

O diálogo acima abarca diferentes discussões relevantes para esta tese. Desde o início, as consultas dizem respeito aos implantes, conforme tenho delineado ao longo desta tese. Neste diálogo se evidencia o imaginário farmacológico que vai se constituindo em torno destes objetos em específico: potencial de eficácia biológica; a praticidade do método, que evita a necessidade de tomada diária de medicamentos; as concepções de *natural*, *feminino*, *masculino* e *envelhecimento* para este circuito. Outro aspecto relacionado aos imaginários farmacêuticos diz respeito à expectativa de que os hormônios estejam relacionados a múltiplos efeitos, que parecem ser tacitamente conhecidos, assim, prescindem de enunciados detalhados, podendo ser subsumidos em expressões genéricas, como “a melhora é tão grande que você não vai querer parar”, “fica um ano numa boa”, “o efeito é melhor do que o que eu to tomando”.

A mulher que sairá “pronta” do consultório recebe a prescrição de reposição hormonal, levando em seus corpos (hormônio) feminino e “um pouquinho de hormônio masculino” com a finalidade de “você ficar legal”. A hibridização de hormônios femininos e masculinos nestes corpos não abarca um tipo de trânsito de gênero, de outro

95 A tradução é “aminoácidos de cadeia ramificada”. Na prática são aminoácidos essenciais, ou seja, que não são produzidos pelo organismo e devem ser ingeridos através da dieta. Trata-se de um tipo de suplemento utilizado por um perfil de pessoas que frequenta acadêmicas.

modo, estabilizam performatividades dominantes e assimétricas de gênero em que se espera fundamentalmente que as mulheres mantenham seus ovários ativos e funcionantes. Assim, em uma metáfora ficcional, que pressupõe a ingenuidade científica da interlocutora, afirma-se que o efeito é “como se você tivesse tirado o ovário, congelado ele, não envelheceu e agora colocou”.

As mulheres costumam apresentar *queixas* ou *demandas* específicas durante a consulta médica, mesmo que não sejam as únicas motivações para a busca dos implantes. Dentre as queixas, talvez a mais prevalente delas seja a “falta de libido”, que pode aparecer através de expressões mais enfáticas, como “minha libido está zerada” ou mais amenas, como “libido um pouco baixa”. Nestas situações, ainda é comum que o enunciado venha acompanhado pela demanda da substância, como no diálogo abaixo entre o médico e Fernanda:

Mulher - estou com a minha libido um pouco baixa

Médico - Você vai melhorar a sua libido.

Mulher – Vai melhorar? O senhor acha que vai melhorar?

Médico – Vai...

Mulher – minha médica comentou para eu falar com o senhor, de repente, a respeito da testosterona.

Médico - Eu posso botar um pouquinho de testosterona se você quiser, mas acho que a gestrinona já resolve.

A consulta também pode partir de uma queixa relacionada à substância prescrita anteriormente. Conforme pude acompanhar, nestas situações, a queixa está relacionada a episódios de sangramento e “hemorragia”.

Mulher - Eu não me adaptei de novo a ele, demora? Porque se lembra, eu troquei o de um ano para a elcometrina

Médico - E agora?

Mulher – Só que eu estou sangrando. É um sanguinho bem escuro, mas quando me seco quando vou ao banheiro, sai sangue vermelho no papel.

Médico – Você sabe, a dose do elmetrin é tão pequenininha que sempre tem um escapezinho. O sangramento ocorre quando você o bota a primeira vez.

Mulher – Então pode ser isso.

Médico– Se você o repetir já não dá o sangramento. Porque se você repetir a terceira vez seguida, aí não dá sangramento nenhum

A menopausa é uma das principais motivações para a busca de consultas e pode vir acompanhada de um diagnóstico estabelecido por outros médicos; apresentar-se através de sintomas, tais como “ondas de calor”, “calor excessivo”, “ressecamento vaginal”. Em grande parte das vezes, a menopausa aparece através da demanda de prevenção dos sintomas “quero evitar os sintomas da menopausa, está quase chegando”, “estou me sentindo ressecada há tempos”, “não quero esperar sentir sintomas”.

A contracepção é outra demanda comum, também geralmente apresentada de maneira articulada a outros objetivos. Uma mulher de 42 anos inicia a consulta com a seguinte questão “tenho dois filhos, não quero mais, além de outros sintomas”. Ela questiona o que seria colocado em termos de hormônios nos implantes. O médico responde: “O implante é colocado em função da sua idade, se você tem 42 anos eu coloco um implante para você não ovular, não menstruar e melhorar sua vida do ponto de vista metabólico”. Ela, então, menciona que gostaria de saber quais tipos de melhoras, ao que ele retorna “aumenta a musculatura, melhora a libido...”. Ela conclui “São essas coisas que estou querendo saber”, e eles partem para a prescrição.

Uma mulher de 27 anos trouxe a seguinte questão “Não quero engravidar de jeito nenhum”. Diante dessa necessidade, segundo seu relato, procurou um médico que trabalhava com implantes na internet que a prescreveu um gel de testosterona, pois a dela estaria baixa. Ela não parecia satisfeita com a condução do profissional e retornou ao consultório, onde se consultou com o médico, apresentou as duas questões de maneira articulada, a contracepção e a “testosterona baixa”. Em outra consulta que a contracepção é mencionada como a principal demanda, após conversas iniciais, a paciente pergunta “Mas esse chip faria, lógico que associado a um exercício, que eu emagrecesse?” O médico responde afirmativamente mas enfatizando a necessidade da realização de atividade física conjuntamente.

Dentre as pacientes que são usuárias habituais, muitas se direcionam aos consultórios para “renovar os implantes”. É comum elas se definirem como “péssimas”, associando seu estado ao “vencimento” dos implantes. Denise, médica, usuária de implantes, desabafou: “Voltou tudo. Cabelo caindo, a pele, a libido lá no chão, não tenho ânimo para fazer nada, para trabalhar, fechei consultório, pedi demissão, meu marido está apavorado, eu não estou trabalhando e ele está sem receber”. O médico recomenda “Você tem que se mexer! vai recuperar sua vida, uma médica bonita dessa jogada fora assim. Vamos lá”. E ela continua: “Eu não tenho vontade de fazer nada, nem levantar da cama. Quando eu coloquei o implante, em quinze dias eu parecia outra pessoa, com essa queda de hormônios está muito difícil”. Ele sugere que a combinação de gestrinona e testosterona poderia ajudá-la.

Conforme situei, as relações entre queixas e demandas se acinzentam e evidenciam explicitamente a busca de estratégias de aperfeiçoamento corporal. Em

algumas consultas, estas questões aparecem mais explicitamente centradas na “beleza, disposição para malhar” e “disposição sexual”.

Mulher - Isso aqui vai ser bom para mim, não é? Para beleza, disposição para malhar, para tudo, inclusive disposição sexual também, para tudo?

Médico – Tudo. Isso daí, no caso da libido ...

Mulher – Tem que fazer mais patente para isso.

Médico – Essa libido aí é dada pelo hormônio masculino, porque sem o hormônio masculino a mulher não sente nenhum interesse.

Mulher – Não dá ...

Médico – Não dá, tem que botar hormônio masculino, que o macho tem demais. Por isso que ele é tão infiel. Basta ele ver uma fêmea que ele vai.

Mulher – Verdade.

É importante destacar que as consultas evidenciam muitas expectativas farmacológicas direcionadas aos pequenos tubetes de hormônios. De todo modo, nem sempre as mulheres enunciam seus objetivos de maneira tão explícita durante os diálogos com os médicos. Muitas das vezes elas evitam o uso de determinadas palavras ou expressões, mas constroem suas demandas através de outros enunciados menos óbvios.

Conforme venho procurando delinear, a disponibilidade dos implantes hormonais subdérmicos nestes consultórios modifica a relação entre médicos e pacientes, que pode sustentar um diálogo em torno da materialidade destes objetos biomédicos. Além do mais, a presença dos implantes afeta de maneira ainda mais pervasiva as relações que se estabelecem nestes consultórios, arregimentando as queixas, demandas, as interrogações e busca por efeitos biológicos. Uma questão relevante é que as relações entre queixa, demanda e busca por efeitos nestes consultórios são intrincadas e indiferenciadas. Sustentadas em imaginários

farmacêuticos a respeito dos efeitos dos implantes hormonais subdérmicos, mesmo quando as consultas se iniciam através de queixas específicas, outras necessidades são apresentadas.

Assim, em todos os espaços da pesquisa com os implantes, eu pude encontrar os imaginários e expectativas relacionados aos seus efeitos biológicos que se estruturam através dos vocábulos *libido*, *menopausa*, *contracepção*, *massa muscular e disposição* — *para malhar e para o sexo*. Estas palavras podem aparecer como demandas isoladas, de todo modo, é importante sublinhar, conforme o exemplo do diálogo apresentado no início deste tópico, que o mais habitual nos circuitos estudados é que se espere que os implantes atendam às diversas finalidades, congregando múltiplos efeitos⁹⁶.

“Já sai daqui pronta” é uma frase que articula, de maneira irônica e mítica, corpo e customizações de vida, que enseja tipos de governabilidade da vida. Os consultórios estão repletos de figuras de linguagem que evidenciam as diferentes funções que os médicos assumiram em seus interiores enredados no desenvolvimento de artes de governar os outros e a si mesmos (Rose, 2013, pp. 47).

A existência de uma clínica centrada nos implantes também afeta a maneira através das quais se experimenta a vida em termos biomédicos. A clínica é fundamental para o desenvolvimento de discursos de verdade biológicos, o trabalho clínico “vai bem mais longe do que o diagnóstico e tratamento” (Rose, 2013, pp. 49-50). Ao que tudo indica, a ênfase está na possibilidade de modificar o corpo em direção a estados biológicos possíveis — e não necessariamente na retificação de algum desvio —, assim, queixas, demandas e expectativas se consubstanciam aos imaginários farmacêuticos na produção destes prospectivos estados vitais.

96 Este debate será melhor apresentado no próximo capítulo.

6.4 A consulta: uma etapa no empreendimento de um plano de negócios

Da mesma forma que as mulheres — comumente denominadas “pacientes” nestas clínicas — apresentam suas necessidades e demandas de diversas maneiras, os médicos interagem com estas usuárias através de diferentes estratégias nos interiores dos consultórios. Não obstante, a iniciativa da mulher, independentemente das motivações, é a premissa básica para que se procedam estas consultas médicas. Da mesma maneira, este encontro pressupõe o engajamento de somas monetárias significativas, posto que as consultas envolvem o pagamento direto da consumidora pelos serviços, que, quando do desenvolvimento da pesquisa de campo giravam em torno de um salário mínimo — a consulta — e cinco salários mínimos — os objetos farmacológicos.

Muito rotineiramente, as mulheres tomam a iniciativa e a condução das consultas, apresentando suas demandas de maneira explícita, direta e convicta, como uma mulher apresenta: “Estou interessada no chip hormonal, preciso do anticoncepcional, mas também, a idade está chegando...”. Em uma outra situação, uma frequentadora habitual das clínicas se dirige ao médico:

Mulher – Quero manter igual da outra vez
Acompanhante - deixa ele escolher, ele é o médico.

Mulher – Bem, eu queria botar um pouquinho de testosterona para dar um gás.

Médico – Vou botar.

Mulher – Estou muito cansada, se der para botar.

Médico – Vou botar.

Outras mulheres podem ser menos explícitas com relação às suas intenções. Uma jovem, usuária de uma substância contraceptiva com a duração de efeito de 6 meses, iniciou a consulta com uma queixa de “sangramento”. O médico respondeu que ele se devia ao término do efeito do contraceptivo, posto que ela havia inserido o implante há sete meses. A paciente, de seu lado, não mencionava diretamente, mas procurava maneiras de incluir uma nova demanda, o uso da testosterona. Ao apresentar sua queixa, a mulher não estava responsabilizando o esquema terapêutico anterior, mais do que isso, ela estava procurando uma estratégia para incluir uma nova questão. O médico não interpretou dessa maneira, diante do questionamento do sangramento, responsabilizou a mulher pelo problema. Nitidamente, eles estavam com focos de atenção distintos, o que gerou desconforto e frustração em ambos. Ao fim, a paciente saiu com a prescrição do mesmo contraceptivo.

Médico - Como é, você vai querer renovar o seu hoje?

Mulher – Eu vou, então, eu vou porque eu achava que já tinha testosterona, mas não sei...

Médico – Você botou sabe quando? Em maio, de maio a junho, julho, agosto, setembro, outubro, novembro.

Mulher – É isso mesmo. É porque eu estou sangrando já, queria renovar, mas incluir...

Médico – O sangramento é por causa do tempo, o efeito já está acabando.

O diálogo acima situa uma outra questão relevante na comunicação entre médico e paciente. É comum que o médico apresente diferentes possibilidades terapêuticas e profira a seguinte pergunta “Então o que você quer fazer?”. Em outras situações, geralmente relacionadas às pacientes que são frequentadoras habituais do consultório, o médico pode perguntar “o que você vai querer hoje?”. As respostas variam, desde “Não sei. Eu quero que o senhor me diga”, mas predominantemente chegam a uma transação conduzida pela própria mulher em cima de suas demandas. São comuns diferentes tipos de negociações, desde a composição farmacológica, o esquema terapêutico até as doses, articulando diferentes expectativas.

Uma paciente chegou ao consultório inconformada com o fato de que ela não havia sentido qualquer efeito: “Eu não tive nada, literalmente nada. Eu não vi efeito nenhum”. A situação se arrastava desde o ano anterior, quando ela chegou com a mesma queixa e o médico “sugeriu aumentar a dose do hormônio”. No entanto, ainda assim, ela seguia sem sentir qualquer benefício: “o senhor aumentou a dose, juro para o senhor, não senti nada. É como se eu tivesse rasgado o meu dinheiro”. Ainda assim, ela não almejava retirar os implantes, sua insistência se fundava na busca por benefícios.

O médico explicou que não seria possível fazer uma afirmação tão precisa, pois alguns benefícios não poderiam ser mensurados no momento, como a prevenção de osteoporose, evitar a perda de estatura e de postura — o que é considerado um benefício da calcificação óssea proporcionada pela gestrinona, além de destacar o benefício do efeito contraceptivo. O diálogo continuou, “Entendi, mas nem efeito colateral negativo, tipo não nasceu pelo, nada. Não tive nada, é como se eu não tivesse botado nada”. O médico seguiu uma explanação sobre a possibilidade de interferência com os efeitos do progestagênio presente no DIU — a mulher permanecia em uso deste método

contraceptivo — e interpelou sobre sua decisão a respeito da situação. Explicitamente frustrada, ela respondeu que agendaria a retirada do DIU e continuaria com os implantes, pois não queria engravidar.

Desde o início da consulta ela questionou a ausência dos benefícios, sem explicitar suas expectativas, assim como o médico também não as investigou. Ao que parece, tratava-se do pressuposto implícito sobre os efeitos androgênicos da gestrinona, substância que ela utilizava e que os médicos em seus espaços entre pares chamaram de o “carro chefe dos consultórios”, conforme apresentarei no próximo capítulo. Nada disso foi comentado explicitamente, mas ela mencionou “nem efeito colateral negativo, tipo, não nasceu pelo, nada”, o que me transmitiu a mensagem de que ela esperava os efeitos colaterais *positivos*, que não apareceram. Sua fala abarca uma contradição presente na circulação dos androgênios via implantes: de um lado, os androgênios aparecem como substâncias metaforicamente associadas à força e potência, com efeitos estimulantes em geral, potencialmente intensos; de outro lado, o imaginário de obscuridade que ainda permeia à substância, possivelmente ainda sob a memória de marginalidade conferida aos androgênios, coloca-os em um trânsito de contínuas suspeitas entre legalidade, legitimidade e moralidade, sobretudo, quando está associada aos usos femininos.

Os efeitos benéficos buscados e esperados nestes consultórios se situam em uma atmosfera de imaginário a respeito de seus múltiplos efeitos. Em algumas situações, os androgênios podem estar relacionados a vastos e inespecíficos aspectos, como o sono, o cabelo, a beleza ou mesmo subsumidos a “tudo”. Nas clínicas estudadas, as melhores categorias que congregam os efeitos destas substâncias são as noções de “estímulo” e “aprimoramento”. A multiplicidade de efeitos esperados envolve a constituição de um

projeto somático nestas salas. Espera-se muito destas substâncias, notadamente, presume-se que seus efeitos incluam estímulos constantes para um funcionamento corporal continuamente ativo e dinâmico, em suas próprias palavras, com “disposição”.

A categoria de “estimulante”, conferida aos androgênios, é apresentada por Tramontano em sua tese de doutorado em que ele estuda as múltiplas faces da testosterona. Segundo o autor, tal categoria foi amplamente utilizada entre os anos 1920 e 1940 para se referir aos androgênios, como também aos hormônios em geral. Neste momento, o caráter conferido a testosterona era de um tônico que, como substâncias figurativas do século XIX, estavam associadas à tradição popular de remédios caseiros. Ao incorporar o status de tônico, de certo modo, a testosterona escapava de alguns atributos da jurisdição científica. Do lado da ciência, foram muitas as controvérsias relacionadas à testosterona, substância que foi colocada sob inquirição em diferentes momentos e também associada ao charlatanismo. Ao longo de sua trajetória, a testosterona foi relacionada à solução das experiências de gênero e sexualidade desviantes, utilizada no tratamento de “problemas sexuais” do envelhecimento e associada ao doping nos esportes, o que produziu uma tensão nos usos dos esteroides anabolizantes que, segundo Tramontano, seguem até os dias atuais: “o estigma do uso e ausência de efeitos adversos quando acompanhado por um médico”. (Tramontano, 2017, pp190)⁹⁷.

Nos consultórios médicos investigados, a espiral entre dissimulação e destaque da substância se modifica de acordo com os diálogos. Em certas ocasiões, como um diálogo destacado acima se evita mencionar o nome da substância, em outras tantas, as substâncias androgênicas são abordadas diretamente, sendo conferido um status de

97 A tese apresenta biografias da testosterona em homens (Tramontano, 2017).

permutabilidade e distinção. Em uma consulta, um médico maneja esses pressupostos de maneira concreta:

Mulher – Vai melhorar? O senhor acha que vai melhorar?

Médico – Vai.

Mulher – Ela falou que conhece, para eu falar de repente a respeito da testosterona.

Médico – Eu posso botar um pouquinho de testosterona se você quiser, mas acho que a gestrinona já...

Mulher – Já está bom?

Médico – A gestrinona, eu acho que você deveria experimentar sem a testosterona.

Mulher – Sem?

Médico – Porque a gestrinona é muito parecida com a testosterona.

Mulher – Entendi, se a gente achar que depois não resolveu...

Médico – Se achar que não valeu, aí a gente acrescenta a testosterona.

Em uma outra situação aparece outro sentido conferido aos androgênios. Uma mulher com diagnóstico de depressão, em uso de medicações para o tratamento, chega com a esperança de conseguir, finalmente, resolver sua situação. Ela aborda a gravidade de seu quadro clínico, evidenciando os impactos negativos, ela perdeu o emprego, não tem disposição para qualquer atividade, não consegue sequer sair de casa. O médico concluiu que a melhor composição para o seu quadro clínico seria gestrinona e testosterona, ressaltando “sem estradiol”, o que nitidamente evoca uma expectativa de efeitos sobre as substâncias androgênicas. Neste caso, as expectativas se centram na vinculação de efeitos potentes, que poderiam encarnar metonimicamente a “força” para impulsionar a mulher no sentido de ela adotar outras estratégias para “se mexer”. Além

disso, de novo aparece a ideia de que seus efeitos estão relacionados a “disposição” e “energia”.

Durante as consultas, a linguagem estabelecida nas comunicações entre médicos e pacientes, em grande parte, é permeada pela semântica econômica fundada em noções de “demanda”, “desejo”, “benefícios” e “riscos” que estruturam a dinâmica empreendida dentro da clínica centrada nos implantes. As necessidades das pacientes são apresentadas em termos dos seus objetivos esperados — ou “benefícios — que são bem articulados e abarcam diferentes tipos de demandas, conforme apresentamos, desde tratamento de doenças, contracepção, prevenção da menopausa e ações relacionadas ao desempenho e performance. Os implantes concretizam multifuncionalidades de uma tecnologia que potencialmente age em diversos sentidos, desde cura, retificação e aprimoramento.

Nas consultas se fazem negociações de projetos somáticos trazidos à baila por uma conduta destas usuárias-consumidoras, que são mulheres engajadas ativas e constantemente em busca de superar e ultrapassar os limites de seus corpos e, ademais, de encontrar novas oportunidades em seus corpos. As novas oportunidades são intervenções farmacológicas que, espera-se, produza efeitos eficazes dos androgênios. As consultas envolvem atributos habitualmente relacionados ao consumo, que adentram e tomam os interiores destes consultórios médicos, assim, a demanda das mulheres é condição precípua para o encontro que ali se estabelece. Na mesma esteira, as definições prescritivas estão engendradas em uma racionalidade, que pode ser situada dentro do “modelo da cafeteria”, elaboradas de acordo com o desejo da consumidora (Oudshoorn, 1996). As intervenções, assim, são centradas em usuárias-consumidoras: “Os receptores dessas intervenções são consumidores, tendo acesso a escolhas com base

em desejos que podem parecer triviais, narcisísticos ou irracionais, modelados não por necessidade médica, mas pela cultura de mercado e de consumo” (Rose, 2013, pp. 37).

Na prática, as dinâmicas se estruturam em torno da busca de efeito (ou efeito) eficaz (eficazes), que se imagina ser possível através do uso/consumo da respectiva substância. As conversas nas salas se enredam como *negociações* de um projeto prático, que é somático, centrando no corpo orgânico. Em outras palavras, as operações constituídas durante as consultas colocam a vida como um projeto, que pode ser empreendido através de um plano de negócios centrado em resultados oferecidos pelos implantes. Mulheres, empreendedoras de si, que conduzem suas próprias vidas em direção a um processo permanente de encontrar oportunidades de modificação ou superação de seus corpos. Nessa dinâmica, os produtos comercializados seriam, ao mesmo tempo, os objetos farmacológicos e os corpos, que se tornam um híbrido comum em uma busca contínua de superação dos limites orgânicos⁹⁸.

98 Algumas ideias trazidas nestes últimos parágrafos foram inspiradas na atualização da discussão sobre capital humano, proposta por Dardot e Laval, que situa a emergência da figura do “homem empresarial” no centro da racionalidade do capitalismo contemporâneo, que toma a forma neoliberal (Dardot, Laval, 2016).

7 O CURSO PRÁTICO DE PRESCRIÇÃO E INSERÇÃO DE IMPLANTES HORMONAIS: CAMINHOS PARA A ESTABILIZAÇÃO DOS IMPLANTES HORMONAIS SUBDÉRMICOS

Como consta no sítio eletrônico da empresa, a Elmeco oferece um curso para treinamento de profissionais que almejam trabalhar com seus produtos. O título da estratégia pedagógica é “Curso Prático de Prescrição e Colocação de Implantes Hormonais” e, segundo sua própria descrição, trata-se de um curso prático em “manejo de implantes hormonais para os médicos que tenham interesse em utilizar os nossos implantes em sua consulta”. Nas atividades desenvolvidas durante dois dias, segundo informa o site, “os alunos têm a oportunidade de ter aulas teóricas sobre os implantes e acompanhar os médicos titulares no atendimento a pacientes e colocação e retirada de implantes”⁹⁹.

Ao longo da pesquisa, participei como pesquisadora de duas versões deste curso de prescritores, respectivamente, em 2015 e em 2016, ambas em São Paulo, com a diferença de um ano. Em 2015 foi a primeira versão do curso na cidade de São Paulo, que antes ocorria exclusivamente na cidade de Salvador. Desde então, são realizadas quatro versões do curso por ano, sendo duas em Salvador e duas em São Paulo. A empresa também organiza anualmente o Encontro Nacional de Tecnologias em

⁹⁹ Descrição disponível no site da empresa: <http://www.elmeco.com.br/cursos/>. Acesso em 17 de Fevereiro de 2018.

Implantes Hormonais (ENATIH) — em junho de 2018 ocorrerá a quarta versão —, como estratégia para a transmissão de conhecimentos e práticas com implantes¹⁰⁰.

A dinâmica do curso de prescritores — programação, professores e local — foi semelhante nas duas versões acompanhadas. São dois dias de atividade direcionadas exclusivamente a médicos. O primeiro dia foi direcionado a três aulas teóricas expositivas, ministradas em um hotel. Os temas foram: “Implantes Hormonais: Origens, Avanços e Desafios”, “Implantes Hormonais e Patologias Ginecológicas” e “principais combinações de implantes hormonais e tratamentos”. Ainda no final do primeiro dia ocorreu uma atividade prática simulada de inserção e retirada de implantes com a utilização de peças artificiais de silicone que mimetizavam nádegas e os mesmos instrumentos metálicos utilizados nos procedimentos dos implantes. Durante este momento, médicos manusearam as peças cortantes nas nádegas de silicone, preparando-se para o segundo momento do curso.

No segundo dia, as atividades práticas ocorreram em uma clínica dos médicos coordenadores do curso, situada na própria cidade de São Paulo. Os médicos, primeiramente, observaram as consultas médicas, conduzidas pelos professores, e os procedimentos de inserção e retirada, executados pela enfermeira¹⁰¹. Posteriormente, os cursistas praticaram o manuseio das consultas e dos procedimentos com a supervisão dos respectivos preceptores.

A empresa abre inscrições para a seleção de pacientes “voluntárias”, que são divulgadas previamente em seu site e redes sociais. De acordo com a divulgação da empresa, as “pacientes” selecionadas são atendidas nas consultas clínicas e colocam os

100 Não consegui participar do Encontro como pesquisadora por motivos de limitações orçamentárias.

101 A enfermeira que ministra o treinamento é a mesma que acompanhei no consultório privado no Rio de Janeiro.

implantes “sem custo, caso seja esta a indicação clínica”. Pelo que algumas profissionais que trabalham na empresa me informaram, ocorre uma intensa busca para essa posição de voluntária, mas não consegui mensurar detalhes estatísticos.

Pelo que acompanhei durante os cursos, ocupando, de novo as diferentes posições, em alguns momentos vestida de jaleco na sala com os médicos, em outras situações trocando conversas com as mulheres na sala de espera, a maior parte das voluntárias se deslocaram de outras cidades do país, predominantemente capitais, como Brasília, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador. Apenas um número pequeno de mulheres residia na própria cidade de São Paulo. Estas mulheres se deslocaram de avião para São Paulo. Também pude identificar que estas mulheres são frequentadoras usuais de serviços privados de saúde e de estética. Pelas condições de acesso e pelo perfil de usos de serviços de saúde, pude perceber que se tratava de um perfil de mulheres muito semelhante ao encontrado no Rio de Janeiro.

O curso foi coordenado por três médicos — homens, dois residentes na Bahia e um na cidade de Belo Horizonte. Eles também foram responsáveis pelas aulas teóricas e pela parte prática das consultas clínicas. A enfermeira que acompanha o médico mais antigo da empresa foi a responsável por realizar o treinamento em inserção e retirada dos implantes. Além disso, a farmacêutica da empresa foi a responsável por apresentar o curso e, neste momento inicial, também situou diversos aspectos técnicos relacionados a legislação e regulamentação dos produtos.

Com relação aos médicos participantes, no próximo tópico eu os apresentarei com detalhes.

7.1 Entre experiência e comunicação passiva: um curso prático em busca da estabilização de um produto farmacêutico

A concepção de que a prática médica deve ser baseada em conhecimentos e de que estes estão continuamente em mudança se tornaram um pressuposto comum aos diversos manuais clínicos especializados. Camargo propôs um estudo para delinear critérios utilizados por médicos no ambiente universitário para selecionar os conhecimentos relevantes para sua prática. De maneira hierárquica, a pesquisa encontrou três fontes de conhecimento: 1) experiência pessoal, que ocorre através “da aquisição por proximidade”, ou seja, “o aprendizado derivado da interação contínua com colegas e mesmo alunos”; 2) informação textual, que pode ser acessada através de artigos de revista, manuais de referência e a internet; 3) as comunicações orais passivas, onde se situam os congressos, simpósios, palestras, curso e encontros, sendo alguns patrocinados pela indústria farmacêutica para o lançamento de novos produtos (Camargo Jr, 2003, pp. 1171-1172).

Ainda que figurem na terceira posição da investigação apresentada, os congressos médicos se tornaram um espaço relevante para a comunicação de práticas e inovações em saúde, geralmente associados a aquisição de conhecimentos válidos e confiáveis (Camargo Jr, 2003). Nesse sentido, algumas pesquisadoras (Faro, 2016; Manica, 2003) têm estudado a dinâmica hormonal em congressos médicos, contribuindo para a compreensão das dinâmicas destes eventos que, por sua vez, evidenciam as minuciosas relações entre laboratórios, saberes e práticas, relacionadas aos hormônios na contemporaneidade. Segundo Faro (2016), nesses eventos, são relevantes as

diferenciações entre pesquisadores “na ponta da lança” e médicos clínicos que “aplicam o conhecimento”.

O curso estudado pode ser compreendido como uma estratégia de contiguidade em que confluem: aprendizado por experiência e comunicação oral passiva. Ainda que seja um encontro proporcionado por uma empresa de medicamentos, ao mesmo tempo em que ele se propõe um espaço de treinamento e divulgação da técnica, possibilita a troca de experiências e aprendizados entre os próprios profissionais. Assim, ao longo do curso, além da transmissão e circulação de saberes e práticas, é possível perceber a construção de redes de contatos e colaboradores entre os próprios médicos e a empresa.

É importante localizar esse processo dentro de um cenário mais geral da medicina contemporânea em que os implantes hormonais são práticas amplamente controversas¹⁰². Nesse sentido, estes espaços de aprendizado e trocas de experiências com implantes se ensinam também arenas de estabilização e legitimação da técnica. Em outras palavras, cria-se ambientes com atmosferas livres de questionamentos e embates direcionados a estes objetos técnicos, permitindo que eles circulem livres de constrições, pelos menos dentro destes protegidos muros.

Assim como a pesquisa de Camargo apresenta, a ideia de que a experiência é o fundamental para a difusão de conhecimentos em saúde é central no Curso, como uma das falas enuncia: “é aquela história, quando você está há vinte anos no negócio, às vezes no conversar, instintivamente você diz: ‘essa é uma paciente que dá para eu

102 Ao longo dos anos de pesquisa para esta tese, encontrei muitas matérias jornalísticas com posicionamentos médicos contraditórios com relação ao uso dos implantes. Não conseguirei disponibilizar todos os links, mas o que gostaria de ressaltar é que não existe uma posição unívoca com relação a estes objetos farmacológicos. O Conselho Federal de Medicina estabeleceu uma resolução contrária ao uso de terapias anti-envelhecimento que, ainda que não direcionada especificamente aos implantes, direcionou-se principalmente “a reposição hormonal e a suplementação com antioxidantes (vitaminas e sais minerais)” com finalidade de prevenir ou combater o envelhecimento. Nesta resolução, o CFM reforça a importância de práticas legitimadas por evidência científica. A resolução está disponível no link: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1999>.

arriscar cinco e funciona bem””. Em outros momentos a questão da *experiência* aparece extensivamente, fundamentando o “manuseio clínico” e a relação com as pacientes: “Fui começando a usar, tentando e falei eu prefiro usar mais vezes por um ano, estou preferindo mais, é minha experiência pessoal, nada em termos de levantamento...” ou em outra fala, “A experiência clínica deles permite muitas vezes que perante aquela clínica eles indiquem esse ou aquele tipo de implante, mas acumulado com a experiência” (Curso de prescritores, 2015).

A demanda de médicos para a participação no curso é elevada, também ocorre uma prévia seleção dos profissionais por parte da empresa através da análise do currículo. Cada curso abre 20 vagas. Na ocasião da primeira versão acompanhada pela pesquisa, a participação no curso custava R\$5.000,00 (cinco mil reais), aproximadamente cinco salários mínimos. O perfil dos médicos seguiu um padrão em que a maioria era formada por ginecologistas, seguido por endocrinologias. Outras especialidades presentes foram nutrólogos e profissionais que trabalham com terapia de modulação hormonal.

Durante a apresentação do curso, um dos professores direcionou uma pergunta ao público sobre as especialidades médicas presentes, a resposta despretensiosa de um médico foi “faz de tudo um pouco”, o que quebrou o gelo inicial da sala, gerando risadas e comentários de reciprocidade, demonstrando que existe um certo movimento de práticas “de tudo um pouco” similares entre os profissionais que se encontram no curso. Posteriormente, nas conversas informais, consegui compreender que “de tudo um pouco” estava relacionado as interfaces entre *modulação hormonal*, *nutrologia*, *fisiologia hormonal*, *longevidade saudável*, dentre outras práticas terapêuticas que se baseiam no uso de hormônios. Tais práticas terapêuticas têm se ampliado nos últimos

anos através de cursos de pós-graduação e cursos de treinamento voltados para médicos e, em grande medida, baseiam-se em intervenções hormonais.

No Curso de Prescritores, a dinâmica entre pesquisadores “na ponta da lança” e médicos clínicos que “aplicam o conhecimento” pode se modificar a depender do tópico em questão. Os coordenadores se colocam na posição de “ponta da lança” na medida em que oferecem informações científicas e, sobretudo, suas experiências profissionais com os implantes que legitimam um posicionamento diante dos demais a partir de sua expertise com os implantes hormonais subdérmicos. Porém, o fato do curso atender a um perfil de médicos não universitários e majoritariamente distantes da prática acadêmica e científica, que se situam neste circuito de fazer de “tudo um pouco”, coloca em cena especialistas de um novo tipo, profissionais que trabalham sob essas novas especialidades hormonais, que, ainda que controversas na biomedicina científica contemporânea¹⁰³, são amplamente difundidas nesse espaço. Assim, a depender do tópico em questão, outros médicos podem se alçar para a ponta da lança, invertendo as relações iniciais através de suas experiências com outros objetos farmacológicos. Essa situação ocorreu, por exemplo, quando da discussão sobre o uso da progesterona, do DHEA (Deidroepiandrosterona)¹⁰⁴ e do Hormônio do Crescimento, em que um dos cursistas, especialista em modulação hormonal, apresentou sua experiência, despertando a atenção dos colegas de curso. Nota-se que as relações de hierarquia neste circuito são produzidas a partir da dinâmica de práticas em uso de objetos farmacológicos hormonais.

103 Conforme situado anteriormente.

104 Deidroepiandrosterona, um hormônio esteróide produzido pela cortex adrenal, glândula situada logo acima dos rins.

O fato é que os cursos são uma parte importante da circulação dos implantes hormonais subdérmicos, pois eles engendram uma *clínica* e uma *pedagogia* e, desta maneira, ensejam práticas e saberes que se fazem com estes objetos farmacológicos. O Curso e o Encontro são estratégias que possibilitam a circulação de conceitos e práticas que contribuem para a estabilização deste objeto farmacológico. Como entrarei em detalhes ao longo das próximas páginas, através deste circuito, que envolve seus coordenadores, funcionários da Elmeco, grande parte de médicos que estão sendo iniciados à técnica com implantes e voluntárias, determinadas questões são colocadas em debate, são esmiuçadas e visibilizadas, enquanto outras são questionadas e confrontadas. Um passo a mais, conforme discutirei, nestes espaços, expectativas e imaginários farmacêuticos são traduzidos em termos de indicações clínicas, tornam-se passíveis de terapêutica hormonal e, ao mesmo tempo, enquanto os próprios hormônios são discutidos e hierarquizados, corpos e vidas generificadas são customizadas.

7.2 A fabricação de uma técnica e de uma biologia: as particularidades dos implantes hormonais subdérmicos

No primeiro capítulo, situei como o processo de constituição dos implantes hormonais subdérmicos envolveu a especificação de características distintivas deste método, que foram sendo continuamente ressaltadas ao longo de sua existência. Destaquei que a origem deste objeto biomédico esteve conformada dentro de uma força tarefa global que se constituiu como um tipo de consórcio científico-político

direcionado à finalidade de encontrar um método considerado *ideal* para o que se definia como *problema social*¹⁰⁵, o “descontrole de natalidade”¹⁰⁶. Neste sentido, os cientistas responsáveis pelo desenvolvimento do método reuniram os atributos que consideraram relevantes para conferir sua singularidade, quais sejam, longa duração, alta eficácia e independência da motivação da usuária.

Com efeito, a história de vida dos implantes envolveu constantemente a sua diferenciação da pílula oral contraceptiva, popularmente chamada de “pílula”. A ingestão oral é o modo de administração de medicamentos mais conhecido e utilizado pelo menos desde a ascensão de sua produção pela indústria farmacêutica. No caso dos contraceptivos, houve o processo na mesma direção, ou seja, a pílula oral foi a primeira forma farmacêutica a se difundir mais amplamente. Cumpre ressaltar, que a difusão da pílula ocorreu a partir do incentivo de sua propagação por organismos internacionais¹⁰⁷, de todo modo, aqui interessa enfatizar que ela se constituiu como o método mais utilizado e difundido no Brasil.

Os implantes hormonais subdérmicos da Elmeco são descendentes desta trajetória assinalada anteriormente, em sua circulação mais atual, segue-se um tipo de postura discursiva reiterativa que enfatiza as características distintivas deste método de administração de medicamentos. Com essa finalidade, os atores envolvidos com o curso de prescritores adotaram o vernáculo *particularidades* para enfatizar suas especificidades. A escolha da palavra pressupõe mais do que a existência de características próprias do objeto farmacológico em questão, a ênfase se direciona a

105 Cumpre reiterar que essa questão foi alvo de intensas controvérsias, conforme também situei no capítulo inicial.

106 Expressão retirada do título de um livro de Elsimar Coutinho (Coutinho, 1998).

107 Para conhecer mais detalhes deste processo no Brasil, ler a dissertação de mestrado de Tania Dias, 2015.

atributos que lhes conferem diferenciação e distinção, conformando um tipo de signo de hierarquias e assimetrias. Nesse sentido, são comuns os deslizamentos de sentido entre objeto farmacológico, prescritores, mulheres e espaços físicos, todos, envolvidos com um tipo de existência social distintiva.

Neste tópico, analiso estas particularidades encontradas nas espacialidades e nas falas dos professores da rede Elmeco, como as características atuais se relacionam com os atributos das suas origens e como estão envolvidas com a reivindicação de customização de uma nova biologia feminina. Antes de expor as particularidades, entrarei em alguns temas relacionados à farmacologia que contribuem para compreender o contexto dessas discussões.

Segundo o livro de farmacologia de Katzung, “a meta da terapêutica é conseguir um efeito benéfico desejado com efeitos adversos mínimos” (Katzung et al, 2014, pp.37)¹⁰⁸. Para esta finalidade, os medicamentos podem ser administrados através de diferentes vias: intravenosa, intramuscular, subcutânea, oral, retal, inalatória e transdérmica. Para o autor, a definição pela melhor via de administração leva em consideração alguns aspectos, que podem ser definidos por “conveniência, para maximizar a concentração no sítio de ação e minimizá-las em outros locais (por exemplo, a tópica), para prolongar a duração da absorção do fármaco (transdérmica) ou para evitar o efeito de primeira passagem” (Katzung, 2014, pp.46).

A via oral é maneira mais conhecida e utilizada, além de considerada como a primeira escolha para a prescrição e administração de medicamentos. Através dela, os

108 O livro de Katzung é amplamente utilizado em cursos de graduação na área de saúde com finalidade didática.

fármacos são absorvidos pelo intestino, com destaque ao papel do intestino delgado¹⁰⁹, de onde são transportados ao fígado através de um vaso sanguíneo denominado veia porta, antes de sua entrada na circulação sistêmica. A passagem do intestino para a veia porta inicia a chamada “circulação porta” e corresponde a sua primeira passagem pelo fígado, onde o processo de metabolismo é intenso e as substâncias são amplamente transformadas. O processo de modificação da substância inicial em várias outras substâncias é denominado biotransformação, sendo os seus produtos conhecidos como metabólitos (Katzung, 2014).

O fígado é compreendido como uma “usina de depuração metabólica”, pois, de fato, trata-se do local mais proeminente no processo de transformação dos fármacos até que seus resquícios sejam eliminados. Ainda que muitos medicamentos não sejam completamente depurados em sua primeira passagem hepática, este momento no fígado modifica a substância original, podendo diminuir a biodisponibilidade¹¹⁰ na corrente sanguínea e, no caso de algumas substâncias, liberando metabólitos tóxicos. Em algumas situações, conforme descrito anteriormente, são necessárias *vias alternativas* de administração de medicamentos exatamente para evitar este mecanismo de primeira passagem, com a finalidade de “alcançar os níveis sanguíneos efetivos terapêuticamente” minimizando a possibilidade de toxicidade (Katzung, 2014, pp.54).

As recomendações para os usos de vias alternativas de administração de medicamentos dos livros de farmacologia oferecem pistas que reforçam a compreensão de que a via oral tradicionalmente é preferida e, quando se estabelece outra via, ela seria compreendida dentro da noção de uma *via alternativa*. A própria escolha da

109 Intestino delgado é a parte do intestino que vai do estômago até o intestino grosso. Sendo assim, trata-se da primeira parte do intestino a receber os alimentos do estômago.

110 A fração do fármaco inalterado que alcança a circulação sistêmica logo depois da administração por qualquer via” (Katzung).

terminologia, *via alternativa*, confirma a predominância do modelo prevalente de ingestão oral, pelo menos sob o ponto de vista dos livros acadêmicos.

No campo de investigação, a história é diferente. No universo por onde circulam os implantes da Elmeco, inverte-se o dogma da farmacologia clássica, a supremacia se fundamenta na via alternativa. Desde o início, utiliza-se outra terminologia para a via de administração, que se chama “modo de administração periférico”. Ao mesmo tempo, sua dominância é continuamente destacada diante da via oral, ressaltando-se que se trata de um método mais *prático, cômodo e seguro*. Além do mais, ele oferece possibilidades de disponibilizar substâncias que não seriam possíveis de serem administradas por via oral, portanto, eles abarcam efeitos terapêuticos inexequíveis pela tradicional ingestão oral.

Partindo dos comentários introdutórios, nas próximas páginas, pretendo abordar as particularidades da via de administração periférica pelas falas dos próprios médicos ao longo do curso de prescritores: a indispensabilidade de um profissional de saúde treinado para o uso do objeto farmacológico; qualidade de ser removível; evitar a primeira passagem hepática; a possibilidade de uso de substâncias androgênicas para a contracepção; mimetismo da produção fisiológica dos hormônios; a individualização da dose e seus respectivos critérios. Por fim, apresentarei alguns comentários sobre a (re)apresentação das características fundacionais dos implantes hormonais subdérmicos no circuito Elmeco.

A primeira *particularidade* ressaltada pelos médicos sobre os implantes diz respeito à necessidade de um profissional de saúde treinado para os procedimentos de inserção e retirada. Diferentemente dos medicamentos orais, que podem ser individualmente tomados sem mediação profissional, a administração dos implantes

exige um profissional que realize o procedimento. Dessa maneira, o implante não é apenas um produto manufaturado disponível para comercialização, está enredado em uma rede de assistência, que envolve a consulta médica, prescrição, inserção e retirada, conforme citado no capítulo anterior. A via de administração subdérmica está imiscuída à técnica de inserção e retirada. Durante o curso de prescritores, enfatiza-se reiteradamente a necessidade de treinamento para a execução desses procedimentos, “que não se aprende do dia para a noite”, com destaque à retirada dos implantes, que “é uma coisa que precisa verdadeiramente de treinamento”. Coerentes com essa perspectiva, é interessante que os implantes apareçam nas falas de alguns médicos em contraposição as “terapias convencionais”, reforçando que eles não são apenas objetos farmacológicos, mas um tipo de terapia “não convencional”.

A segunda particularidade diz respeito ao fato do implante não ser completamente absorvível pelo organismo. O Composto farmacológico é constituído por substâncias e tubos de silicone. As substâncias passam pelas paredes do dispositivo, sendo continuamente distribuídas e metabolizadas pelo próprio corpo. No entanto, os tubos de silicone permanecerão um *corpo estranho*¹¹¹, que deverá ser retirado após o prazo específico esperado de absorção de cada substância¹¹². Dito de outra forma, uma parte deste composto biomédico não é absorvível, devendo ser removível e descartado quando da finalização de seu efeito.

O fato de não ser absorvível implica a necessidade de retirada dos tubos de silicone, o que produz um certo rebuliço entre os médicos ainda inexperientes na prática de retirada dos implantes, que nitidamente prefeririam trabalhar com um objeto

111 Corpo estranho (CE) é um termo médico utilizado para descrever qualquer objeto ou substância que penetra o corpo ou suas cavidades, geralmente, de maneira inadvertida. Aqui estamos nos apropriando da terminologia metafóricamente.

112 No caso das substâncias produzidas pela Elmeco o efeito das substâncias pode ser de 6 meses ou 1 ano, conforme mencionado previamente.

farmacológico completamente absorvível. Recentemente uma empresa paranaense colocou no mercado brasileiro um implante subdérmico absorvível, o que gerou diversos comentários nos corredores do curso de implantes. A possibilidade de trabalhar com um objeto que exige o procedimento de inserção, mas prescinde da retirada, aparece para os médicos como comodidade interessante, pois evitaria a necessidade de se envolver com a técnica de retirada. Os professores do curso da Elmeco, conhecendo essas discussões, ressaltam a importância de o composto farmacológico ser removível. Sob o seu ponto de vista, a possibilidade de retirada dos implantes confere segurança ao produto. Em situações “que não dão certo”, mesmo que elas sejam “raras”, a possibilidade de remover evita o acontecimento de efeitos colaterais negativos relevantes. Eles também mencionam que os dispositivos biodegradáveis estão relacionados a efeitos adversos nos locais de inserção, que variam desde reações alérgicas até necrose do tecido local, segundo atestam. Assim, *removibilidade e segurança* seriam atributos correlatos e que agregariam virtude ao dispositivo farmacológico.

Uma terceira particularidade bastante comentada se refere ao fato de os implantes evitarem a primeira passagem hepática. Através da via periférica, a substância “não passa a primeira, mas a segunda passa” [pelo fígado], assim, “não passando na primeira pelo menos metade dos efeitos colaterais diminuem, mas é mais do que a metade, os piores efeitos colaterais são ligados à primeira passagem”, como fala um professor do curso. Ao mencionar que muitos dos efeitos colaterais são minimizados, dedica-se centralmente à questão do “embolismo”¹¹³ na contracepção, que parece ser

113 Refere-se a obstrução de um vaso sanguíneo que ocorre pelo deslocamento de um trombo até o local desta obstrução, denominada tromboembolia. O trombo é formado por alterações da coagulação sanguínea dentro dos próprios vasos sanguíneos, mas o processo geralmente está associado com modificações do metabolismo hepático. Os médicos geralmente, relativizam este efeito colateral

relevante para os profissionais que se situam no curso. Com relação ao embolismo, afirma-se que “a gente sabe que as medicações utilizadas pela via oral passam na primeira passagem pelo fígado, alteram principalmente os fatores de coagulação e aumentam o risco de acidente vascular, isso é mais que comprovado”. Como os implantes não trazem a característica de primeira passagem, eles estariam isentos deste efeito colateral. Segundo se comenta, “a literatura já comprova que a terapia de reposição hormonal com hormônios bioidênticos pela via periférica, não altera em nada o risco de tromboembolismo”, o que é sublinhado como uma particularidade relevantes destes objetos farmacológicos.

A quarta particularidade comentada está intrincada a anterior. Como a via periférica evita a primeira passagem hepática, possibilita o uso de substâncias androgênicas, o que também é apresentado como uma especificidade deste modo de administração: “Bom, a outra situação, a possibilidade de se usar testosterona ou androgênios. Nós todos sabemos que os androgênios, passando pelo sistema porta, são hepatotóxicos”. A partir desta característica, surge uma contundente crítica às pílulas contraceptivas que, opostamente, seriam hipoandrogênicas, o que “penaliza as mulheres”, que

chegam no seu consultório e falam assim, “doutor, eu não consigo”. A mulher malha todos os santos dias da vida dela, fica lá quatro horas na academia, ela não consegue ganhar massa magra de jeito nenhum, porque nós abaxamos o nível de androgênio dela com o uso das pílulas anticoncepcionais (curso de prescritores, 2015)

relacionada diretamente a anticoncepção, de todo modo, atualmente é um dos principais efeitos colaterais comentados sobre o uso de hormonioterapia, o que exige contínuas respostas por parte da categoria médica a respeito dessa questão.

Neste sentido, os implantes, de maneira contraposta às pílulas, oferecem a possibilidade de “fazer uma formulação de equilíbrio” ou, caso ela deseje, “dar um viés um pouco androgênico nela”. Apenas a via periférica possibilitaria a conjugação de efeitos contraceptivos e androgênicos no mesmo manuseio clínico, “o que não é possível na terapia convencional”. A “formulação de equilíbrio” se sustenta na conjugação de substâncias contraceptivas e androgênicas.

Ainda relacionada às particularidades anteriores, destaca-se uma quinta característica, o modo de administração disponibiliza as substâncias “como se fosse ela [mulher] que estivesse produzindo”. Assim, os implantes funcionariam como mimetização da própria fisiologia ovariana, o que é comparável através da apresentação dos termos quantitativos de produção do estrogênio fisiológico com a dosagem de estradiol prescritas habitualmente para as mulheres em reposição hormonal na menopausa. Uma frase ajuda a exemplificar essa discussão:

Eu estou usando estradiol e testosterona, hormônio idêntico ao dela, foi utilizado na via periférica, como se fosse ela que estivesse produzindo. Então se é para eu tirar o implante, e olha como as pessoas realmente precisam estudar, eu tinha que falar com ele, manda tirar o ovário, é, tira o ovário delas. Porque se aquele hormônio que eu estou dando em uma quantidade muito inferior ao que o ovário produz, que é exatamente igual, está sendo disponibilizado na mesma circulação, para que eu vou tirar o implante dela? (Curso de prescritores, 2015).

Por fim, uma sexta particularidade se evidencia através do enunciado de “individualização da terapêutica” que aparece na fala de um dos professores do curso, “Eu já comentei a facilidade da escolha da dose que eu vou individualizar o hormônio

que eu vou empregar, eu vou poder individualizar o caso” (curso de prescritores, 2016).

E ele continua comentando:

Uma comparação simplória entre os implantes e a terapia convencional, é mais ou menos como uma roupa da C&A e uma roupa sob medida, a roupa da C&A é igual para todo mundo, coloquei aquilo ali, serviu, serviu, está largo. O implante não, implante eu vou ver a clínica, eu vou ver o desejo da paciente, o anseio dela, eu vou dosar o hormônio dela e vou ajustar de acordo com esses parâmetros. Roupa sob medida geralmente é um pouquinho mais cara que a roupa da C&A (Curso de prescritores, 2016).

Há muito se sabe que as respostas aos medicamentos variam, enquanto alguns medicamentos podem ser eficazes para o tratamento de determinada doença em uma pessoa, pode produzir efeitos deletérios em outras, o que tem sido atribuído às variações de farmacocinética e farmacodinâmica, amplamente estudadas pela farmacologia. Simplificadamente, *individualização e tratamento individualizado* aparecem como a possibilidade de adequar as doses de fármacos a cada organismo. A origem destas noções tem sido atribuída a farmacogenética¹¹⁴, que se trata de um campo de estudos cuja promessa é de que:

114 As posologias farmacológicas são definidas de acordo com uma dose para a população “média” e, de maneira bastante simplificada, são definidas de acordo com: a farmacocinética, que se refere “as influências corporais nas ações dos fármacos” – incluem absorção, distribuição, metabolismo e excreção – e pela farmacodinâmica, que se trata dos efeitos do fármaco no organismo biológico. Com o desenvolvimento dos estudos da farmacogenética, campo que estuda “as bases genéticas da variação da resposta aos fármacos”, sabe-se que os efeitos benéficos e deletérios dos fármacos podem variar em função de variações genéticas entre os pacientes. Para além disso, para a farmacogenética, “a resposta dos fármacos é considerada um fenótipo determinado por genes e pelo meio ambiente, o que significa que a resposta de um indivíduo a determinado fármaco depende da interrelação complexa entre fatores ambientais e genéticos”. A expectativa é que a maior compreensão sobre a variabilidade genética pode contribuir para o desenvolvimento de fármacos e esquemas posológicos específicos genotipicamente, além de poder identificar subgrupos de pacientes com respostas semelhantes, probabilisticamente, a

possibilitarão os especialistas em trabalho clínico a ir além das caracterizações epidemiológicas dos indicadores de risco, ou do uso de tentativa e erro de diversas terapias, a fim de identificar as sequências de bases exatas em pontos particulares responsáveis pela crescente susceptibilidade ou variações na eficácia do medicamentos, possibilitando, assim, diagnóstico individual e tratamento personalizado” (Rose, 2013, pp. 130).

Nessa direção, há um movimento crescente de empresas produzindo testes pré-sintomáticos para abordagens interventivas preventivas, o que se situa dentro de uma dinâmica de assistência privada, movimentando suntuosas quantias¹¹⁵.

Verdade seja dita que grande parte destes investimentos científicos seguem apenas no interior dos laboratórios e suas expectativas se materializam apenas nas histórias de ficção científica. A farmacogenética ainda não se fez inserida na prática clínica habitual e corriqueira, mas suas noções se difundiram amplamente. O imaginário em torno da possibilidade de individualização constitui o discurso em torno de muitas clínicas e farmácias como um mecanismo, grande parte das vezes, de divulgação e marketing de técnicas de diagnóstico, prevenção e tratamento.

Os usos mais corriqueiros de *individualização* parecem decorrer dessa abordagem acima, ainda que ele se deslize para outros sentidos, como a fala do professor destacada acima pode evidenciar. Os tipos de parâmetros considerados para ajustar a “individualização” são a “clínica”, o “desejo da paciente, o anseio dela” e

fármacos, assim como selecionar subgrupos com maior probabilidade de desenvolver reações adversas de acordo com suas características genéticas (Goodman, pp.145-150).

115 O caso da atriz Angelina Jolie se tornou público e alvo de relevantes controvérsias, quando a atriz fez cirurgia preventiva baseada em testes genéticos de probabilidade. Aqui, estamos nos dedicando mais ao componente de resposta farmacológica, mas os debates possuem imbricamentos interessantes em torno das noções de risco, susceptibilidade e a validade de intervenções preventivas.

“dosar o hormônio”. A individualização aqui não se baseia na abordagem genômica, mas na dinâmica do “desejo” via lógica do consumo. Além da clínica e dos dados laboratoriais, aparece o “anseio dela” como um parâmetro essencial para a definição da farmacodinâmica dos implantes hormonais subdérmicos.

Na fala dos médicos, algumas características fundacionais constitutivas dos implantes hormonais subdérmicos — como a longa duração, difusão lenta e contínua das substâncias e praticidade — retornam ao circuito mais atual, ainda que sejam (re)apresentadas com outras ênfases, que podem ser mais relevantes na contemporaneidade, como destaque no trecho abaixo:

É prático, porque a pessoa coloca aquilo por um longo tempo, não tem que ficar tomando, colocou acabou. Pode ser de seis meses, pode ser de um ano, pode ser de três anos com o Implanon®. Nós, eu principalmente, a minha equipe trabalha mais com o de seis meses e um ano, a gente consegue um maior controle hormonal, porque quando se usa implante o nível tende a ser constante durante o uso. Ele não oscila como via oral, que dependendo da hora que tomou e da hora que dosou, ele vai oscilando, o implante é contínuo. Eu tenho controle, e eu tenho controle daquilo que eu quero acrescentar ou diminuir em termos de ação, dependendo daquilo que eu empregar (Curso de prescritores, 2015)

A fala aborda diferentes elementos técnicos presentes nos implantes — liberação de longo prazo, lenta e contínua; independência da necessidade de tomar diariamente — com sua ênfase narrativa recaindo sobre os desdobramentos para além do próprio dispositivo, ou seja, as técnicas possibilitariam a articulação entre praticidade e controle hormonal. A partir destes elementos técnicos, mais do que um produto farmacológico, ao reunir tais características, o implante estaria próximo de uma técnica

ideal que, por sua vez, confere ao médico o controle da ação sob o organismo. Destaca-se, então, que a técnica ideal possibilitaria um controle hormonal pelas mãos do médico.

É interessante observar a escolha das palavras por parte dos médicos em suas falas, pois ela abarca suas concepções a respeito da técnica, ciência e o corpo da mulher. A preferência é pelo uso do pronome pessoal na primeira pessoa do singular a quem os verbos devem ser direcionados e conjugados, “eu tenho o controle”. A relação entre técnica, ciência e corpo pela fala do médico é conduzida por ele mesmo, que *emprega* seus saberes através da técnica no corpo. A técnica aparece como um instrumento racional e o corpo um substrato de experimentação e manipulação. A linha de pensamento evoca uma certa vocação fáustica com sua pretensão de se apropriar do corpo orgânico em um impulso insaciável de superá-lo.

Aqui estou seguindo a esteira analítica proposta por Hermínio Martins (1997), que evoca duas figuras míticas da cultura ocidental, Fausto e Prometeu, para caracterizar duas linhas de pensamento sobre a técnica que podem ser observadas em textos teóricos e cientistas ao longo dos séculos XIX e XX. No prometeísmo, assentado na base científico-industrial sob espírito do pensamento iluminista e do positivismo, subjaz a noção da técnica como um instrumento para dominar a natureza. A ciência é compreendida como um pensamento puro e superior, que seguiria um curso evolutivo em direção ao progresso material, técnico que também estaria relacionada à melhoria das condições de vida dos seres humanos. A visão prospectiva da técnica é relevante, pois ela estaria vinculada à aplicação dos saberes para melhorar gradativamente as condições de vida dos seres humanos, mesmo assim, este futuro não seria ilimitado, pois, para esta perspectiva, há limites para a aplicação da técnica, que não deve extrapolar determinados aspectos, que não pertenceriam à racionalidade científica. O

projeto fáustico, de outro modo, sonha em ultrapassar a condição humana, rejeitando a materialidade e organicidade do corpo humano, pretende “superá-lo buscando um ideal ascético, artificial, virtual, imortal” (Sibilia, 2015, pp. 44). As características fáusticas se inscrevem com mais força na tecnociência contemporânea, mas ambas tendências podem coexistir em diferentes momentos, sem necessariamente serem dicotômicas, permitindo a existência de certos “jogos de saber e poder que marcam os corpos e as subjetividades”, “contribuindo ativamente para a construção de mundos, bem como de modos de ser e estar nesses mundos” (Sibilia, 2015).

É importante enfatizar que as aulas proferidas durante o curso são parte da estratégia de estabilização e legitimação destes objetos farmacológicos. Neste sentido, a ênfase discursiva sobre determinadas particularidades que constituem os implantes é, de algum modo, um processo de fabricação discursiva destes produtos que, através destes cursos, passam a ser conhecidos e manejados por um conjunto de outros médicos. Isto não significa que os implantes não possuam as características assinaladas, não cabe a esta tese estabelecer essa discussão, o que gostaria de assinalar é que interessa aos coordenadores do curso destacar estas particularidades em detrimento de quaisquer outras que poderiam ser consideradas.

Se retornarmos às particularidades, tomadas pelas falas dos professores e interpretadas em seu conjunto, poderíamos apreender que os implantes entram pelo espaço da epiderme, mas tomam o lugar fisiológico de um (novo) ovário que, valendo-se de substâncias androgênicas, fabrica uma (nova) fisiologia hormonal feminina a partir do controle estabelecido por um médico que, por sua vez, considera o desejo das mulheres nestas governabilidades biopolíticas. Nas próximas páginas, vou adentrar um

pouco mais no conteúdo dos regimes prescritivos das substâncias para aprofundar os aspectos considerados relevantes para estas customizações de novas biológicas.

7.3 Os regimes prescritivos: em busca de quê?

O Curso Prático de Prescrição e Colocação de Implantes Hormonais se estrutura em torno dos produtos farmacológicos, que são o epicentro organizativo e formativo destes eventos. A partir das substâncias, discute-se condições, doenças e agravos. Para além disso, a medida que as substâncias farmacológicas são apresentadas, emergem outros debates centrados na gestão da fertilidade e sexualidade femininas. Entra em cena o processo de fabricação de padrões e corpos, fundados em uma biologia, mas envolvidos na customização de um tipo de usuária desta e para esta tecnologia. Em outras palavras, a medida que eles foram desenvolvendo um produto farmacológico, também foram materializando suas concepções a respeito do funcionamento do corpo biológico, assim como a compreensão sobre seus respectivos *equilíbrios* e *desequilíbrios* — aliás, equilíbrio é um conceito fundamental para o corpo orgânico da Elmeco. Conforme apresentarei nas próximas páginas, a racionalidade através das quais os médicos empreendem a customização das usuárias pode ser bem enunciada através do conceito de “usuário configurado”, proposto por Oudshoorn (1996) e Woolgar (1991).

No processo de trabalho e aprendizado com os professores do curso, o eixo gravitacional das substâncias hormonais disponibilizadas pela Elmeco são suas

indicações clínicas. A partir deste ponto de estabilização, as substâncias podem percorrer outras intenções e finalidades em busca de “efeitos colaterais positivos” ou “efeitos benéficos”, como habitualmente a busca por efeitos *off label*¹¹⁶ é chamada nos corredores deste circuito. Os efeitos colaterais positivos podem ser ditos, mas também é comum que eles permaneçam tacitamente protegidos nos interiores dos muros e fronteiras estabelecidos pelos implantes. Algumas indicações são verbalizadas, outras tantas permanecem resguardadas em pressupostos indizíveis.

Os usos *off label* fazem parte da rotina dos implantes. Partindo das indicações clínicas — cuja síntese pode ser encontrada no enunciado abaixo retirado do slide de introdução da primeira aula do curso de prescritores — é possível acompanhar o trânsito entre indicação clínica e a busca de efeitos colaterais positivos. Neste movimento, a circulação destes objetos farmacológicos em um cenário biomédico e sua tradução para uma linguagem biomédica contribuem para a construção de legitimidade deste produto nos circuitos médicos contemporâneos.

Implantes hormonais - aplicação clínica: contracepção, bloqueio do ciclo menstrual, dismenorreia, tpm, anemias, patologias estrogênio dependentes, tratamento do climatério, hipoandrogenismo masculino (curso de prescritores, 2016).

116 Os usos *off label* de medicamentos são aqueles que extrapolam a sua indicação aprovada pela agência regulamentadora responsável. No caso do Brasil, a Agência responsável é a ANVISA. Mais informações em: <http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=2863214&_101_type=content&_101_groupId=219201&_101_urlTitle=uso-off-label-de-medicamentos&inheritRedirect=true>. Acesso em 11 de Abril de 2018.

As aplicações clínicas resumidas através deste *slide* apresentam uma sistemática que os próprios médicos têm esboçado a partir da prática com implantes hormonais, assim, as terminologias utilizadas são também um tipo de categorização das aplicações clínicas dos implantes hormonais. Ao mesmo tempo, é importante situar que o *manuseio clínico* é elaborado dinamicamente a partir da disponibilidade destes objetos farmacológicos em um processo co-constitutivo entre os implantes e a busca por uma tradução em termos de categorizações clínicas para os seus usos.

Tomando a linguagem utilizada pelos próprios médicos, reforça-se que é essencial “uma análise clínica muito bem feita” para a *aplicação clínica* dos implantes hormonais subdérmicos. Para além disso, um professor afirma:

Uma parte que eu acho extremamente importante é como manusear isso no nosso dia a dia. A primeira coisa, que eu comentei lá no começo, é uma análise clínica muito bem feita, uma análise endócrina bem feita dessa paciente, e lembrando sempre, aquilo que eu gosto de reforçar, apesar de que todos sabem, a clínica sempre foi e sempre será a soberana. O que mais importa para nós, no nosso consultório é aquilo que a paciente está nos transmitindo, é aquilo que a gente vai colher em termos de informação, e sermos fidedignos àquilo que ela nos informou, e a partir daí é que eu vou pedir uma série de exames complementares que, como o próprio nome está falando, vou complementar o meu raciocínio (Curso de prescritores, 2015).

Sob a égide da clínica, abre-se um espaço de maleabilidade que permitem os usos dos implantes hormonais nas mais variadas situações e condições, sem grandes constringências, mesmo sem a necessidade da evidenciação de deficiências hormonais através de exames laboratoriais. No espaço flexível e protegido da clínica, os usos das substâncias podem ser (re)apresentados através de (novos) conceitos biológicos ou através da apropriação particular de antigos elementos da fisiologia feminina. Enquanto

são ensejadas aplicações clínicas, os implantes estão envolvidos em uma racionalidade prescritiva que se baseia na busca por efeitos além do esperado, notadamente, aqueles popularmente relacionados às substâncias androgênicas. Assim, a própria tecnologia se redimensiona na medida em que ela pode abarcar mais efeitos do que suas indicações originais.

Aqui, a clínica “bem feita” é focada nos implantes e envolve centralmente o desejo das mulheres. Os médicos recuperam a ideia de supremacia da clínica para dar vazão a possibilidade de encaixar indicações e desejos das mulheres nos consultórios. A racionalidade presente nas relações constituídas dentro dos consultórios pode ser interpretada a partir do “modelo da cafeteria”, segundo a proposta de Oudshoorn (1996), aludindo ao cardápio em que estão disponíveis múltiplas opções que podem ser escolhidas de acordo com a preferência do consumidor. As noções de autonomia, desejo e escolha (da consumidora) aparecem como quesitos fundamentais. Ainda assim, a racionalidade do “modelo de cafeteria” se matiza com a lógica de busca de uma “eficácia”, tomada da farmacologia, que se centra na busca por efeitos. Assim, o modelo de cafeteria parte de atributos relacionados ao consumo, mas os gradua em termos de eficácia farmacológica hormonal. A fala do prescritor se contrasta com a ordem padronizada dos regimes prescritivos nos serviços públicos de atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, que se baseia no “modelo de tamanho único” (Oudshoorn, 1996) cujo aspecto central se funda na disponibilidade do produto — o que foi evidenciado por Sanabria em sua pesquisa etnográfica sobre o uso de hormônios contraceptivos em Salvador (2010). Mesmo assim, o “modelo de tamanho único” pode ser relevante em alguns momentos de sua trajetória, como mostrarei adiante.

Durante o curso, os professores salientam que as substâncias possuem indicação médica, a prescrição se justifica pela *indicação médica*:

Tem que ter muito cuidado porque a paciente, diz assim, “eu não vou mentir, eu vim aqui por causa da estética mesmo”, a propaganda é a amiga que usou, e além de não menstruar e não ficar grávida, porque a proposta original é sempre essa. A receita médica, a indicação é não menstruar, não engravidar, não ovular, mas ela vem querendo ficar igual à amiga (Curso de prescritores, 2015).

Os professores estão ensinando aos médicos cursistas uma tradução das demandas apresentadas pelas mulheres dentro de um código médico. Mesmo assim, ao fazê-lo, estão redimensionando as indicações médicas, como, por exemplo, através do caso da indicação médica de “não menstruar”. Mesmo a categorização de patologias “estrogênio – dependentes” é ampla e abarcar um conjunto de diagnósticos:

porque são patologias, que são aquelas que estão ali que muitas vezes nós não sabemos a causa, mas nós sabemos o que as alimenta. A gente sabe que miomatose, endometriose, hiperplasia, adenomiose, são doenças estrógeno dependentes, a gente se debate, a causa é refluxo, causa é embrionária, a causa é isso, a causa é aquilo, não importa, eu não vou saber, mas eu sei como fazer para poder não deixar a doença evoluir. Basicamente todas as doenças que vocês estão vendo ali estão correlacionadas a uma ação hormonal, principalmente por uma ação estrogênica, mesmo em situações que haja equilíbrio com ovulação presente, ou mais ainda, naquelas onde há um desequilíbrio hormonal, o uso dos implantes se tornou para mim uma grande ferramenta no meu dia a dia.

Neste processo de translação, pode-se dizer que há indicação clínica para praticamente todas as mulheres.

7.3.1 “Os benefícios da contracepção hormonal que não são os contraceptivos”:

“interromper a ovulação resolve a vida dela”

Ao longo da circulação dos implantes hormonais subdérmicos, os usos farmacológicos traduzidos sob a indicação clínica de contracepção são bastante variados. Na medida em que outras expectativas e demandas são congregadas sob o designio da contracepção, ela mesma se altera e começa ser revestida por outros sentidos.

Assim, surgiu a noção de “controle da ovulação” que aparece como um conceito mais relevante no sentido de produzir um efeito de alargar as indicações dos hormônios. Para os médicos professores, a interrupção da ovulação apresenta diversas vantagens, desde o tratamento da Tensão Pré-Menstrual (popularmente conhecida pela sigla TPM), alívio dos desconfortos menstruais até a prevenção de “doenças catameniais” — que seriam “doenças associadas à menstruação ou ao refluxo de sangue menstrual” (Coutinho, 2007, pp.14) —, tais como endometriose, doença pélvica inflamatória e anemia.

Nos cursos de prescritores, há um destaque à questão da TPM, talvez por ter se tornado um tema muito popularizado e comentado. Um professor ressalta que “o tratamento de uma TPM, que muitas vezes, tem gente usando antidepressivos, como tratamentos indicados por colegas, quando na verdade interromper a ovulação resolve a vida dela” (Curso de prescritores, 2015).

A noção de “bloqueio da ovulação” é relevante para compreender a concepção de funcionamento biológico do corpo feminino neste circuito. Um médico enuncia:

Um bloqueio de ovulação por longos anos, está preservando e guardando óvulos, se quiser jogar todo mês fora um, você vai perdendo a sua reserva de óvulos bons ali e que são guardados para quando ela quiser ter filhos (Curso de prescritores, 2015).

Os óvulos aparecem como um signo biológico que tem valor em si, logo, devem ser observados e preservados e, mais do que isso, podem ser prejudicados caso não se contenha — através do “bloqueio” — o seu desperdício. Nesse sentido, a economia corporal aparece centrada nos óvulos e articulada à necessidade de um tipo de conduta, aquela que prega a preservação dos valiosos elementos destinados ao êxito de uma gestação futura. Por sua vez, a economia ovular deve ser gestada por meio de uma tecnologia farmacológica, os implantes hormonais subdérmicos. É relevante situar que, nas entrelinhas destas curtas frases, emerge um tipo de prescrição moral: a necessidade de governar a biologia através de uma racionalidade econômica dos óvulos, que se assinala em direção à gestação futura. Deste modo, subjaz uma teleologia biológica, tal seja: o corpo feminino centrado nos óvulos traz em si a gestação em potencial. Em outras palavras, o “bloqueio” e a gestação são parte constitutiva do corpo biológico feminino neste circuito.

Os hormônios farmacológicos que, originalmente foram comercializados com a indicação de regular o ciclo menstrual — os efeitos contraceptivos se encontravam dissimulados dentro do item de advertências — (re)aparecem nestas falas centrados na necessidade do “bloqueio hormonal”. Nesse sentido, é interessante que as substâncias estejam relacionadas ao bloqueio hormonal através de uma racionalidade de economia biológica, colocando centralmente a gestão da fertilidade.

Na rede Elmeco, diferentes substâncias podem ser utilizadas para a contracepção, desde os progestagênios, como é o caso do nomegestrol, até os androgênios, como é o caso da gestrinona. Ao apresentar o acetato de nomegestrol que pode ser utilizado “puro, como contraceptivo”, cuida-se de comentar que você também “pode associar uma testosterona para dar uma animadinha a ela no dia a dia”. A sutilidade de incluir como possibilidade uma associação de androgênio na prescrição da contracepção é deixar visível que, sob a legitimada indicação da contracepção, é possível se incluir os outros efeitos buscados nestas salas. Assim, a contracepção se imiscui dos efeitos androgênicos e alarga os seus sentidos originários.

Conforme mencionado anteriormente, uma parte significativa do discurso dos atores envolvidos com os implantes se direciona a defender sua supremacia diante da pílula oral contraceptiva. Ainda assim, diante dos debates detratores da contracepção hormonal, eles consideram pedagógico “desmistificar” os malefícios desta perspectiva farmacológica: “Uma coisa que a gente tem que primeiro desmistificar é que os hormônios anticoncepcionais possam fazer mal”. Como estratégia discursiva, um dos coordenadores do curso mencionou que possui tabelas com dados no consultório, demonstrando as relações entre os diferentes tipos de riscos a que uma mulher pode estar submetida em sua existência. Este profissional situa a existência de alguns malefícios relacionados à contracepção hormonal, mas ponderam que eles estariam vinculados à administração oral, principalmente o componente etinilestradiol, presente na pílula oral combinada. A pílula com base apenas na progesterona e os implantes estariam isentos destes malefícios relacionados ao etinilestradiol.

Essas pacientes [que usam pílulas orais combinadas para contracepção], querendo ou não, são penalizadas, elas são penalizadas. Elas chegam no seu consultório e falam assim, doutor, eu não consigo, a mulher malha todos os santos dias da vida dela, fica lá 4 horas na academia, ela não consegue ganhar massa magra de jeito nenhum, porque nós baixamos o nível de androgênio dela com o uso das pílulas anticoncepcionais. E ela quer ter um anticoncepcional, mas ela quer também ser ela, ter a possibilidade de ganhar [massa magra] até mesmo como se fosse normal. Eu posso com o implante hormonal tanto fazer uma formulação de equilíbrio, como eu posso, inclusive, se ela quer, e se realmente é possível, dar um viés um pouco de androgênio nela, o que eu não consigo fazer com a pílula, porque a [primeira] passagem não é hepática, ela é uma passagem periférica, e pela via periférica nós não temos o problema da pílula (Curso de prescritores, 2015).

Mesmo diante das calorosas oposições ao etinilestradiol e os devidos cuidados de destacar as suas diferenças com as substâncias utilizadas pela Elmeco, o médico ainda procura guardar um espaço de proteção ao etinilestradiol. É interessante que os implantes apareçam como a possibilidade de a mulher “ser ela” o que está relacionado a possibilidade de ganhar massa magra através de uma formulação de equilíbrio hormonal. De novo, aparece a customização de um tipo de usuária desta e para esta tecnologia.

Dando continuidade a sua fala, o médico afirma que precisa “esclarecer para ela, que tem muita coisa na vida dela podem matar mais do que o uso de uma pílula ...”:

Por exemplo, quanto a contracepção hormonal e aquilo ali seria a pílula, mata uma a cada 33 mil usuárias, o fumo mata uma em cada 200, andar de motocicleta mata um em cada mil, gravidez mata uma em cada 10 mil, e sexo mata, por causa de uma zica, um HPV, pode levar ao câncer de útero, de 30 a 50 mil, tudo muito mais arriscado do que uma contracepção hormonal (Curso de prescritores, 2015).

E continua:

Portanto, eu sempre guardo essa tabelinha no consultório, porque quando é aquela paciente muito neurótica, por qualquer coisa, às vezes ela anda de moto, ou ela já engravidou duas vezes, correu dois riscos antes, ou pratica muito sexo (...). Então o ideal é não fumar, não andar de motocicleta, não dirigir um carro, não engravidar e não “transar” (Curso de prescritores, 2015).

A moralidade está presente através do pressuposto da auto-responsabilização pelos cuidados e hábitos de vida, todos vinculados à possibilidade de adoecimento. Para além da auto-gestão da fertilidade e da sexualidade, largamente relacionados aos contraceptivos, toma o lugar no discurso, o imperativo da vida como gestão de risco. Nesse sentido, ela pode ser calculada através de diversos dados a serem contabilizados em termos estatísticos. Com uma dose de ironia, contracepção, sexo, moto e fumo aparecem como elementos relevantes para a métrica de risco engajada no “gerenciamento de si mesmo” (Rose, 2013, pp. 153), que envolve diversos aspectos econômicos e científicos, mas centralmente baseados em códigos de probabilidade.

Ainda sob o abrigo da contracepção, mas cada vez mais se emancipando dela, a “suspensão da menstruação” aparece “como benefício para a saúde da mulher”, tanto porque, em sua acepção, o “sangramento menstrual traz evidentes malefícios, como as portadoras de doenças como endometriose, miomatose, menorragia, tensão pré-menstrual, anemia e outras condições associadas à menstruação”, como, para aquelas “que a menstruação não representa um problema atual”, “podem vir a sofrer suas consequências”. Neste último caso, “estas são as pacientes de risco” (Coutinho, 2007). Se estabelecermos um nexu entre as afirmações anteriores, as corporalidades

generificadas sob a biologia hormonal feminina estão configuradas pelas probabilidades de risco.

No título destacamos a afirmação de um dos professores que “interromper a ovulação resolve a vida dela”, agora, o eixo se modifica em direção ao sangue menstrual. No campo de investigação, ocorre diferenciação entre estas duas noções com implicações poderosas para esta análise. A ovulação pode ser interrompida com o uso de contraceptivos, mesmo aqueles que garantem a “simulação” da menstruação. A estratégia de manter sangramentos mensais que mimetizassem o funcionamento cíclico fisiológico foi utilizada no início da circulação dos métodos contraceptivos com a finalidade de romper resistências à difusão da pílula contraceptiva (Manica, 2009; Oudshoorn, 1996). O que se está afirmando aqui tem outra ênfase, além de se pregar a inutilidade da menstruação, na medida em que ela não proporciona qualquer benefício, evidencia-se no *sangramento menstrual* um potencial de adoecimento e risco para as mulheres, nesse sentido, o sangue menstrual:

Reflui normalmente para o interior da cavidade abdominal durante a menstruação, levando restos de tecido em decomposição, células vivas e possivelmente microorganismos que poderão provocar aderências e várias outras doenças, entre as quais se destaca a endometriose, que é uma das principais causas de infertilidade e dor pélvica na mulher (Coutinho, 2008, pp.21)¹¹⁷

117 Conforme enunciei nos capítulos anteriores, Coutinho se tornou um engajado defensor da suspensão da menstruação. Como o médico é o fundador da Elmeco e uma grande referência para os cenários médicos dos implantes, o tema da supressão da menstruação aparece continuamente nestes circuitos, despertando maior interesse nas médicas.

O sangue menstrual aparece como impuro — como afirma, podem levar consigo “microorganismos”, tóxico — com “restos de decomposição”, que poderiam intoxicar ou criar aderências internas no organismo — e perturbador da ordem fisiológica — na medida em que as mulheres estariam “jogando fora” sangue quando menstruam. Um cenário misterioso e apavorante. Coutinho confronta a visão antecessora que associava o sangue menstrual a desintoxicação do organismo, qualificando-a como “simplista” e “autoritária”, mas principalmente, associa esta concepção ao que entende como atraso cultural do “Terceiro Mundo”¹¹⁸.

A contracepção, através das normas do circuito dos implantes hormonais, está enredada ao “bloqueio” — que aqui inclui o controle da ovulação e a supressão da menstruação — assim como pressupõe a *possibilidade* de uso dos androgênios. Na prática, as normas contraceptivas aqui ensejadas customizam a usuária que não ovula — para economizar óvulos — não menstrua — para não contaminar e não desperdiçar seu sangue — e busca efeitos androgênicos.

7.3.2 O modelo de tamanho único para o climatério translocando a falência ovariana em aprimoramento corporal

118 Ao construir sua lógica argumentativa afirma que seria difícil “desentranhar uma herança cultural que domina o comportamento das mulheres há mais de 2000 anos, principalmente nos países do Terceiro Mundo” (Coutinho, 2008, pp.22).

A menopausa é considerada um fenômeno moderno na medida que o processo de envelhecimento é relativamente recente na história da humanidade¹¹⁹. Desde o trabalho de Robert Wilson, que foi publicado em 1966 no livro denominado *Eternamente Feminina*, a menopausa obteve o estatuto de doença e a terapia de reposição hormonal (TRH) foi vinculada a sua prevenção e tratamento. Desta maneira, a menopausa repousaria sobre aspectos considerados universais, que se relacionariam a todas as mulheres (Trench e Santos, 2005).

Em sua pesquisa sobre a construção do trabalho científico a respeito do corpo das mulheres na menopausa em um hospital-escola, Feltrin (2012) afirma que os médicos compreendem a menopausa como uma doença e partem “da premissa de que a menopausa provoca efeitos similares em todas as mulheres, independente do contexto ou das particularidades da vida de cada uma” (Feltrin, 2012; 2014). Desde a concepção médica, os sintomas vivenciados pelas mulheres durante esta fase — desde fogachos, atrofia vaginal, alterações do humor e da cognição, diminuição da libido, osteoporose, obesidade pós menopáusicas — estão relacionados diretamente ao declínio dos esteroides sexuais, ou seja, a diminuição dos hormônios “sexuais”.

Com relação à sexualidade, o enunciado biomédico se torna mais enfático e amplo, segundo Consenso Brasileiro multidisciplinar de assistência à saúde da mulher climatérica:

119 No século XVII, apenas 28% das mulheres o suficiente para alcançar a menopausa e somente 5% sobreviviam mais de 75 anos. Atualmente em muitos países desenvolvidos, 95% das mulheres atingem a menopausa e 50% delas ultrapassam os 75 anos de idade. Nos dias atuais, 10% da população mundial têm mais de 50 anos. No Brasil, a população de mulheres com 50 anos ou mais, no ano de 2000, foi de 14.508.639, com algumas diferenças de acordo com a região (SOBRAC, 2003, pp. 222).

Todas as alterações que ocorrem em função da diminuição dos esteróides sexuais podem ter repercussões sobre a sexualidade. Com relação aos androgênios, perduram ainda controvérsias. Porém, sabemos que muitas mulheres climatéricas, já na pré - menopausa, apresentam níveis séricos de testosterona diminuídos, sendo esta mais significativa na menopausa cirúrgica. Parece que na mulher o desejo sexual, o auto-erotismo (masturbação) e as fantasias sexuais são androgênio-dependentes (SOBRAC, 2003)

No curso de prescritores, o climatério e a menopausa aparecem como sintomas relacionados às deficiências hormonais. Diferentemente da afirmação da SOBRAC, na rede Elmeco, o tratamento do climatério ou menopausa inclui androgênios praticamente sempre, conforme um médico afirma: “Nossa proposta é estradiol e testosterona praticamente sempre” (Curso de Prescritores, 2016)¹²⁰.

No curso de prescritores, um coordenador iniciou sua fala a partir de comentários a respeito da incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus(DM), contextualizando:

Então, esses eventos de hipertensão e diabetes, é óbvio, que com a idade se agravam e, principalmente, após a **falência**, no caso das mulheres, **ovariana**, essa coisa se acentua e se desequilibra ainda mais (Curso de prescritores, 2015).

120 Segundo o Consenso Brasileiro multidisciplinar de assistência à saúde da mulher climatérica: “Na terapêutica de reposição hormonal no climatério são empregados os estrogênios, os progestagênios e, eventualmente, os androgênios. Diante dos inúmeros esquemas de administração e das diferentes formas de apresentação, cumpre ressaltar o fato de que a TRH deva sempre ser individualizada. Várias são as possibilidades terapêuticas. Pacientes histerectomizadas dispõem o emprego de progestagênios, cuja função primordial em TRH é a prevenção dos estados hiperplásicos e do câncer endometrial. Nessa situação, os estrogênios podem ser empregados isoladamente e de forma contínua. Nos casos de pacientes tratadas de endometriose e de câncer de endométrio em seus estádios iniciais, quando indicada a TRH, esse regime terapêutico é o mais apropriado” (SOBRAC, 2003, pp.256).

Ainda que sua fala se inicie com afirmações sobre DM e HAS, o que chama a atenção é a noção de *falência ovariana*, que é um eixo central por onde os hormônios gravitam e se legitimam como um dispositivo terapêutico. A *falência ovariana* é uma definição abrangente e imprecisa, que inclui sintomas do climatério e menopausa, tais como fogachos, mas também pode incluir dados laboratoriais. A sua importância também se apresenta pelo fato de que, mesmo na ausência de sintomas e dados laboratoriais, ela reivindica intervenções preventivas. Neste sentido, adquire status de doença.

Enquanto a Elmeco enfatiza a noção de *falência ovariana*, a nomenclatura utilizada para as alterações hormonais relacionadas ao ovário tem sido denominada “distúrbios da função ovariana”, como se referindo a um conjunto ainda mais amplo de “distúrbios da função cíclica” do ovário. Em que se pese a aparente semelhança entre as terminologias, a verdade é que a última carrega uma pretensão de neutralidade, que associa a uma linguagem científica contemporânea; ao passo que a primeira delas, *falência ovariana*, carrega uma conotação mais enfática e carregada de sentidos metafóricos. No Consenso Brasileiro multidisciplinar de assistência à saúde da mulher climatérica, a noção de *falência ovariana* aparece apenas quando associada ao diagnóstico de “falência ovariana prematura (FOP)”, que é “definida como a perda da função gonadal, temporária ou definitiva, antes dos 40 anos de idade, caracterizada por amenorréia, hipoestrogenismo e níveis elevados de gonadotrofinas” (Sobrac, 2003, pp.225).

Martin contribui com o questionamento desta perspectiva sobre a menopausa quando analisa as metáforas presentes nos discursos biomédicos: “Por vezes, a metáfora do corpo como um pequeno negócio que está no lucro ou então no prejuízo era também

empregada com relação à menopausa”. A menopausa é compreendida como “um tipo de falha da estrutura de autoridade do corpo, é a falha na produção ovariana, que traz nitidamente contornos interpretativos sobre a fisiologia” (Martin, 2006, pp.77). E continua: “Estes não são termos neutros; pelo contrário, transmitem fracasso e dissolução”, trata-se de “comportamentos culturais que não são reconhecidos podem se infiltrar despercebidamente em textos científicos por meio de palavras avaliativas” (Martin, 2006, pp.96 - 97).

Uma questão relevante é que a conotação negativa em torno da noção de falência, convoca a mobilização de esforços para a solução de um problema que é predominantemente concebido como doença, conforme situado previamente. Em contraste com essa noção de falência ovariana destacada nos cenários médicos, durante as comunicações entre médicos e pacientes, a menopausa não aparece necessariamente como uma doença, mas como uma fase a que se deve dedicar intervenções específicas sobre o corpo, um momento aberto às possibilidades que não se vinculam exclusivamente às semânticas do adoecimento, mas se engatilham às perspectivas de aprimoramento corporal. A disponibilidade dos implantes obnubila o processo de envelhecimento e o reveste de objetos, técnicas e manejos que são compartilhados por mulheres de todas as idades. Afinal, todas estão utilizando implantes subdérmicos hormonais em consultórios particulares de metrópoles brasileiras.

Através desta personalidade ambígua, os implantes podem ser, ao mesmo tempo, uno e múltiplo. Seus regimes prescritivos se sustentam no “modelo de cafeteria”, mas, como são verdadeiramente fiéis aos seus princípios, podem recorrer ao “modelo de tamanho único” para cumprir sua finalidade primordial: atender aos anseios mais íntimos das mulheres que buscam o tratamento hormonal nos consultórios médicos e,

neste caso, preferem que o “envelhecimento” esteja em um espaço silencioso e invisível. Enfim, tudo se refere a ele, desde que não seja necessariamente dito.

7.4 As substâncias e seus efeitos: hierarquias, permutabilidades e associações

“Os hormônios não são uma coisa só” é uma palavra de ordem protestada ao longo dos diversos espaços endógenos dos médicos prescritores, desde os coordenadores do curso, mas também de diversos alunos que frequentam o treinamento com implantes. Nesse sentido, ressalta-se que existem diferentes hormônios e compostos hormonais farmacológicos em múltiplas doses, modos de fabricação e vias de administração. Em alguns momentos, ressalta-se o desconhecimento dos médicos como o motivo de preconceitos relacionados aos implantes e ao uso de hormônios mais amplamente. Um professor mencionou que esses médicos “precisam estudar” para compreender a terapia com implantes, “o grande problema com relação aos implantes é o desconhecimento médico, que é o pior de todos”.

É muito comum a gente atender pacientes, “Oh, Doutor, eu vim lhe procurar, eu passo mal, eu estou menopausada há 1 ano e sinto umas ondas de calor, muita secura vaginal, desmotivação geral, inclusive, sexual, mas o meu médico clínico ou geriatra disse que eu não posso usar hormônio” [com ênfase]. Então, hormônio é como se fosse uma coisa só, uma dose só e uma única forma de uso, de via de administração (Curso de prescritores, 2015).

Ao mesmo tempo, um dos médicos sintetiza o grupo de substâncias hormonais que estão disponíveis para as intervenções hormonais:

Basicamente, para ser bem tradicional, tem algumas coisas que a gente coloca aí, que a gente tempera melhor, mas basicamente os esteróides utilizados em ginecologia e na terapia hormonal são estradiol, progesterona e testosterona (Curso de prescritores, 2016).

Em outro momento, sintetiza-se através de uma tabela:

para vocês saberem o que hoje existe em termos de substâncias empregadas via implante. Todos esses aqui estão disponíveis, mas o que a gente utiliza principalmente é o estradiol, testosterona, a elcometrina que é o nesterone, a gestrinona e esporadicamente o levonorgestrel” (Curso de prescritores, 2016).

De um lado, destaca-se a diversidade dos hormônios, “não é uma coisa só” — reforçando a multiplicidade de substâncias e tipos de administração atualmente presentes no mercado —, de outro, aparece a síntese dos esteroides utilizados terapia hormonal que, basicamente, são poucas opções. A ênfase na variedade, em seguida, é sutilmente “controlada”. Sanabria em artigo intitulado “‘A mesma coisa em uma caixa diferente’: semelhança e diferença no consumo e comercialização de hormônios sexuais farmacêuticos” analisa as dinâmicas relacionadas aos usos e prescrições das diferentes marcas e formas de métodos contraceptivos e suas conclusões contribuem para a nossa análise. A autora destaca que a relação entre diversidade e controle dos hormônios

farmacológicos são “estrategicamente empregadas pela indústria farmacêutica” no Brasil. Em determinados contextos, como ambulatórios gratuitos de planejamento familiar, as “diferenças” entre os medicamentos contraceptivos são “suspensas”, podendo reforçar suas permutabilidades, enquanto em outras tantas situações, “as diferenças entre os contraceptivos orais e os hormônios sexuais disponibilizados em novos mecanismos de entrega podem ser destacadas, eliminando o modo de ação hormonal comum entre eles” (Sanabria, 2014).

No campo investigado, as dinâmicas entre diversidade, permutabilidade e controle se fazem presentes. Conforme mencionei, por vezes, os implantes são contrastados aos anticoncepcionais orais, praticamente, colocando-os em tipos de tecnologias sinuosamente díspares, sendo os subdérmicos associados a tratamentos “naturais”, “fisiológicos” que mimetizam o funcionamento orgânico natural. Em outras situações, como no caso do tratamento da menopausa, os implantes podem se fazer uma mesma coisa, que atende a todas as mulheres indiscriminadamente, colocando o envelhecimento sob suspense. A variação é controlada estrategicamente e moldada de acordo com às escolhas das consumidoras.

As substâncias comercializadas pela Elmeco são apresentadas pelos próprios atores nas suas relações com o manejo clínico, podendo seguir a divisão anteriormente enunciada, basicamente: substâncias derivadas da progesterona – como o acetato de nomegestrol, o levonorgestrel e o Nestorone (também conhecido como Elmentrin ou ST-1435); substâncias androgênicas, como a gestrinona e a testosterona¹²¹ e um

121 No livro de Katzung, os hormônios esteroides são incluídos dentro da seção de “fármacos endócrinos” em um capítulo descrito como “hormônios e inibidores gonadais”. No interior de seu capítulo, ele subdivide a apresentação entre hormônios ovarianos – em que estariam os estrogênios (estrogênios naturais, estrogênios sintéticos) e progesteronas; os inibidores e antagonistas dos estrogênios e progesteronas e os hormônios testiculares (Androgênios e esteroides anabólicos, antiandrogenios e contracepção masculina). Nesse sentido, os enunciados do livro de Katzung seguem a ênfase conferida às

derivado “natural” do estrogênio¹²², o estradiol. Em seus regimes prescritivos, as substâncias são acionadas na relação entre variabilidade e controle, assim como são hierarquizadas através de suas relações com as consumidoras.

Os estrogênios são considerados, “os coitados”, a progesterona, “a vilã”, a gestrinona, “o carro-chefe” e a testosterona, “a estrela”.

Com relação aos estrogênios, existem no mercado em geral diferentes tipos de formulação farmacológica, sendo o *etinilestradiol*, o mais conhecido e popular derivado sintético dos estrogênios, amplamente utilizado nas pílulas orais. O etinilestradiol tem se tornado alvo de intensos e controversos debates públicos, mobilizando desde especialidades médicas, passando por grupos de mulheres, que têm questionado a contracepção hormonal mais amplamente ou esse componente em específico. As controvérsias apresentadas pelos grupos de mulheres apresentam diferentes sentidos, mas aqui destaca-se a fala dos médicos, que se baseia nos efeitos adversos relacionados aos efeitos de primeira passagem pelo fígado — tromboembolismo, câncer, a redução

gônadas para a diferenciação dos hormônios esteroides. No livro de Goodman, outra referência da farmacologia, a sessão de “hormônios e seus antagonistas”, apresenta “estrogênios e progestogênios” em um capítulo separado de outro intitulado “androgênios”. No livro de Goodman, dentre os usos terapêuticos dos androgênios, além do hipogonadismo masculino e feminino, ele inclui a “senescência masculina” e a “melhora do desempenho atlético”, com as correlatas ponderações sobre a dificuldade de estabelecer eficácias e efeitos colaterais precisos, diante de um cenário de poucos estudos controlados. Alguns comentários parecem relevantes com relação aos respectivos livros de farmacologia, considerados livros base para diversos cursos da área de saúde. O primeiro deles é que os livros reforçam que estes hormônios destacados acima se situam entre os principais fármacos utilizados no mundo. Ao mesmo tempo, é possível perceber que os livros se dedicam a esmiuçar os efeitos fisiológicos e farmacológicos em termos moleculares, em que são destacadas as relevâncias dos receptores e antagonistas hormonais. No livro do Goodman, vemos a inserção dos usos de aprimoramento corporal sendo inseridos e comentados, ainda assim, diversos usos encontrados no cotidiano da prática em saúde não são abordados em ambos livros, o que reforça a relevância de estudos etnográficos sobre as substâncias e seus usos.

122 Os estrogênios são uma denominação genérica de hormônios produzidos pelos ovários, cuja finalidade primordial destacada em textos de estudos fisiológicos são de dois tipos: a regulação da ovulação - são liberados principalmente na corrente sanguínea na primeira fase do ciclo menstrual - e a constituição das chamadas *características secundárias femininas*, tais como, a distribuição da gordura corporal e dos pelos, a protuberância das mamas, largura do quadril, dentre outras. Sendo assim, conforme discutimos previamente foram consagrados como um dos *hormônios sexuais femininos*, definição amplamente controversa, inclusive dentro de diferentes disciplinas científicas, mesmo assim, ainda é comum encontrar tal definição.

da libido, a dificuldade de “ganhar massa magra”, dores nas pernas, enjoos, dentre outros. Em sua acepção, tais efeitos estão relacionados ao etinilestradiol, um composto “sintético”, “muito mais potente do que o estradiol utilizado na reposição”. Segundo consta, a Elmeco trabalha com o *17 beta estradiol*, que seria um derivado natural, um bioidêntico, diferente do etinilestradiol, este, sim, um sintético, responsável pelos efeitos colaterais atribuídos a todos os estrogênios.

Então, os estrogênios, coitados, são sempre os mais criticados da terapia hormonal (...), como se estrogênio fosse uma coisa só. E, na verdade, estrogênio possivelmente, está se referindo a etinilestradiol, que é o estrogênio de pílula anticoncepcional, dezena de vezes mais potente do que o estradiol utilizado em reposição, que é o 17 beta estradiol, porque se ele não for tão potente assim ele não bloqueia a menstruação. Então, existe o estrogênio da contracepção, que não é o que a gente usa na reposição e o 17 beta estradiol que é usado em reposição (Curso de prescritores, 2015).

O composto “natural”, comercializado pela Elmeco, produziria os efeitos fisiológicos “como se fosse ela que estivesse produzindo” enquanto que o etinilestradiol, composto sintético massificado através das pílulas, seria o responsável pelos efeitos adversos não desejados. A polarização “natural” e “sintético” ou “fisiológico” e “potente” pode ser também interpretada através dos deslizamentos entre 17 beta estradiol/natural/fisiológico e etinilestradiol/sintético/potente evidenciando as customizações biológicas produzidas na rede Elmeco em que suas substâncias farmacológicas estariam fabricando uma fisiologia natural.

Aqui é interessante ainda mencionar que a empresa dispensa o componente estrogênico para a composição contraceptiva, diferentemente da formulação clássica da pílula, que inclui um derivado estrogênico e um derivado progestagênio. Existem outras formulações hormonais contraceptivas também tradicionais, que prescindem dos estrogênios, como as minipílulas, Dispositivo Intrauterino, Implantes industrializados (Norplant® e Implanon®), injetáveis, anéis, adesivos, todos compostos apenas por progestagênios. De todo modo, o interesse da empresa, quando se fala de estrogênio, é se diferenciar e destacar a especificidade da substância com a qual trabalha, que possibilita suspender os efeitos colaterais adversos dos outros produtos disponíveis no mercado.

Com relação a progesterona, foi referida como “o vilão da terapia hormonal”. No mesmo sentido, existem diferentes formulações farmacológicas baseadas em derivados da progesterona. Alguns médicos cursistas, que se apresentam como especialistas em *modulação hormonal*¹²³ incluíram os derivados da progesterona na sua terapia hormonal, assim, estão habituados a trabalhar com essa substância, o que não ocorre com os médicos exclusivamente prescritores dos implantes hormonais da Elmeco: “Para nós, nós excluimos no dia a dia, na rotina, a progesterona na reposição hormonal de mulheres menopausadas, com raras exceções”.

123 Para a “modulação hormonal”, a reposição de progesterona na menopausa é fundamental pois nesta ocorre uma deficiência, que geraria uma atuação mais potente do estrogênio, proporcionando um desequilíbrio hormonal com efeitos “físico” e “emocionais”. Os sintomas relacionados a este desequilíbrio seriam diversos, desde alterações no sangramento, insônia, irritabilidade, queda de cabelo, dentre diversos outros. Embora a deficiência de progesterona seja característica da mulher na menopausa, ela pode ocorrer em qualquer momento da vida, sendo um dado importante para avaliar e manter a saúde da mulher. Alguns médicos adeptos da modulação hormonal também utilizam os implantes dentre as suas terapias hormonais, mas, eles não são a maioria dos profissionais. De outro modo, os médicos responsáveis pelas aulas dos cursos da Elmeco não trabalham com a modulação hormonal.

o vilão da terapia de reposição hormonal é a progesterona, que ela não serve para nada na reposição hormonal, por que? Ela não traz efeito benéfico nenhum e a única função do progestogênio na paciente na menopausa é a proteção do endométrio que, com um tempo, isso não se passa por uma análise crítica evolutiva, a gente continua fazendo a progesterona mesmo a luz dos nossos novos conhecimentos. A propedêutica por imagem melhorou muito nos últimos anos, né? E como a progesterona não traz efeito benéfico, ela não melhora libido, ela não melhora a questão da pele, ela não melhora a questão da disposição, ela é usada única e exclusivamente para proteger o endométrio (Curso de prescritores, 2015).

A progesterona é a “vilã” e dispensável na terapia hormonal na medida em que “não traz benefício nenhum”. E, nesta fala, aparece os efeitos esperados para uma terapia hormonal, que deve, além de não ter uma única função — como parece ser o caso da progesterona, cuja única função é a proteção do endométrio — deveria trazer como benefício a “melhora libido”, a “questão da pele”, “disposição”. Ao que parece, aqui se prenuncia as características do que se espera para a *heroína* da terapia hormonal.

Antes de entrar nestes meandros, é importante destacar que a progesterona possui uma gloriosa exceção para a qual figura com valor prescritivo, na medida em que se refere ao grande dilema vivenciado pelos prescritores, a questão do “sangramento de escape”. A substância pode ser acionada quando ocorre sangramento, a única condição em que eles a utilizam. Nestes casos: “o benefício é bem verdadeiro, paciente que sangra, você usa e ela para de sangrar”.

O início da apresentação dos androgênios — gestrinona e testosterona — modifica a atmosfera da sala, que se torna mais animada e movimentada. O interesse é notório, os médicos tiram fotos dos slides, gravam as aulas, assim como os cochichos se tornam mais expressivos. Faro (2016, pp. 24) comenta sobre sua etnografia realizada

durante o congresso da Febrasgo em 2013, Salvador, Bahia, que os entusiasmos da plateia se faziam evidentes quando o tema se dedicava à prescrição de testosterona. Em meu trabalho de campo, pude acompanhar o encantamento que os implantes despertam em todos aqueles que, exotéricos, adentram o universo deste pequeno objeto tecnológico, ainda assim, o momento em que a gestrinona entra em cena é definitivamente o mais animado do curso.

A gestrinona é um esteroide, anti-estrogênio e antiprogesterona, a primeira substância com efeito anabolizante apresentada e começa com o seguinte preâmbulo “é o que enche o nosso consultório, a gestrinona, agora é 40 mg, é o menor que tem e é o nosso carro chefe”, comenta um dos professores. A descrição reforça que

a droga foi desenvolvida para bloqueio da ovulação, bloqueio do ciclo menstrual. Mas pelo fato da gestrinona ter um efeito anabolizante, mas não é um anabolizante, tem apenas um efeito anabolizante (Curso de prescritores, 2016).

Ela possui um efeito antiestrogênico e antiprogestagênio, sendo um potente efeito androgênio, sendo mais potente que a testosterona. Durante o curso, tacitamente, reforça-se que é “indicado como contraceptivo, supressor de ovulação”.

Recorro ao folheto de apresentação das substâncias para conhecer as indicações da gestrinona, pois, os debates se iniciam partindo do pressuposto de que todos sabem do que se está falando. Distribuído no curso, o material produzido pela Elmeco não é direcionado exclusivamente a médicos, o que transmite a impressão de que se trata de um folheto de divulgação ampla das substâncias. Segundo este material,

A gestrinona, além das indicações tradicionais como a endometriose e a miomatose, é indicada também para o tratamento da TPM, da adenomiose, da hipertrofia uterina, da baixa da libido, da perda de massa muscular e da massa óssea, revertendo, quando associada ao estrogênio, a osteopenia ao fim de alguns meses. Os efeitos colaterais da gestrinona são observados mais nas mulheres jovens e refletem sua ação androgênica. Seborreia, acne, queda de cabelo, rouquidão, ganho muscular, são efeitos que podem ser atenuados pelo uso da espironolactona na dose de 50mg, duas vezes ao dia (Elmeco Implantes Hormonais, folheto)

Ainda que sejam reforçadas suas indicações clínicas, a gestrinona se consolidou como o hormônio associado a “estética”, sendo atrizes e modelos grandes propagandistas da substância, o que também aparece na fala dos médicos: “Nós temos pacientes que são modelos, que são atrizes, usam e a gente consegue vê-las lindas o ano todo. Porque se tiver um colega bom de pele que acerte nela o dermatologista, elas vivem lindas durante o ano todo”. Os efeitos colaterais são mencionados “não se pode ter tudo”, ainda assim, podem ser manejados — através do uso da espironolactona, muito comentada ou do tratamento com dermatologista — e não justificam a renúncia do uso: “Então o efeito mais comum é a oleosidade de pele, queda de cabelo, mudança de característica do cabelo, e isso é uma coisa que tem ser muito enfatizada para elas. Retenção de líquidos é o segundo efeito mais frequente”.

Outros efeitos colaterais negativos aparecem como excessivos e não apresentam possibilidades de manejo, a princípio, como a rouquidão e aumento de clitóris, mas “são raros”. Os efeitos androgênicos aparecem como em uma escala em continuum, cujos polos extremos estariam, de um lado, os efeitos colaterais positivos e, no lado oposto, os efeitos colaterais negativos. Entre os polos, alguns efeitos desagradáveis poderiam ser

manejados, mas, os efeitos mais androgênicos em mulheres seriam intoleráveis.

Segundo comentam, algumas pacientes começam a chegar no consultório com

aquela cara quadrada, com a voz rouca, abdômen de homem mesmo, melhor que muitos homens, tanquinho mesmo. Essas pacientes que ficam assim, não são só porque usam gestrinona, elas misturam com muita frequência oxandrolona e stanazolol, usam GH, e ficam completamente diferentes do modelo original, entendeu? (Curso de prescritores, 2015).

Para os médicos, a gestrinona é uma substância indicada para “mulheres femininas” que, se “precisam de uma pele linda, é modelo, uma atriz” devem receber o estradiol em combinação com a gestrinona. De outro lado, a gestrinona não seria uma substância para mulheres “androgênicas”, por exemplo, para aquelas que “já tem um bigodinho, já fala mais grosso, ou aquele jeitão de homem, queda de cabelo”. Ainda assim, mesmo contestando o uso em mulheres com “biótipo androgênico”, caso seja o desejo dela, cumpre informar detalhadamente os efeitos colaterais “que ela já convive com eles”, já que não sairá daquele biótipo, e associar o estradiol para uma melhor composição.

O “biótipo” aparece como categorização das mulheres, que as divide entre as “femininas” e as “androgênicas”. Para as pacientes androgênicas, as substâncias androgênicas são proscritas, com exceções bem estabelecidas, seja pela insistência da mulher ou, notadamente, quando há queixa relacionada a libido: “Mas mesmo sendo peludinha, ela apresenta queixa que a libido caiu muito, tenho que usar testosterona”. Referindo-se a outra situação hipotética, um professor afirma, “se ela for muito

machona, coloca estradiol, mas se tiver queixa de libido, associa testosterona”. Ainda com relação a essa situação hipotética de uma “machona”:

E testosterona, se houver necessidade por única e exclusiva queixa de libido. Não existe outra situação para eu usar. É muito frequente a paciente chegar “eu quero melhorar minha libido”, eu vou botar testosterona, geralmente a deixa bem (Curso de prescritores, 2015).

Testosterona e estradiol são acionados com finalidades específicas, relacionados à expectativa de seus poderosos efeitos biológicos. Enquanto a testosterona está relacionada diretamente a libido, os “fogachos” estão diretamente relacionados ao estradiol: “Se a queixa for libido, testosterona é fundamental. Se tiver queixa vasomota¹²⁴, tem que usar estrogênio”. Em outra frase, a articulação entre fogacho e estradiol aparece ainda mais linear, “paciente no climatério com fogacho, estradiol para ela”.

Além disso, a testosterona e o estradiol podem ser utilizados nas associações para amenizar os potenciais efeitos *biotificantes* das substâncias. A gestrinona pode produzir efeitos androgênicos muito potentes, demandando a utilização do estradiol para amenizá-los. De outro modo, a testosterona pode ser associada para evitar a “queda da libido” associada a algumas substâncias.

Se eu estou do lado hipo [androgênico] com um e eu tenho medo que aquilo abaixe a libido, eu associo testosterona, se eu acho que vai ter uma ação androgênica potente com a gestrinona, por exemplo, eu

124 Estão se referindo aos fogachos.

vou associar o estrogênio. É como se eu tivesse uma linha, todo o equilíbrio, eu puxei uma medicação um pouco para cá, eu jogo para cá, se estou ao contrário eu jogo para cá. Esse é um princípio importante que tem que se saber (Curso de prescritores, 2015).

O corpo feminino com diferentes biótipos pode ser compreendido como uma atualização das relações entre sexo e gênero. O corpo se fundamenta em (novas) relações entre superfície e profundidade produzidas pelas quantidades relativas de hormônios estrógeno e andrógenos. O biológico aparece mais flexível e manipulável, assim, existe a biologia que as mulheres trazem e aquela que é produzida pelos objetos farmacológicos, que buscam uma “formulação de equilíbrio”. A formulação de equilíbrio não significa os mesmos dados quantitativos de hormônios estrogênicos e androgênicos, mas a expressão física dos hormônios.

A gestrinona e a testosterona podem ser permutáveis em diversas situações. Um cursista interroga a um dos professores “qual é a sua escolha para o aumento da libido?”, com a seguinte resposta “Eu tenho duas opções, eu tenho gestrinona e testosterona”. Gestrinona e testosterona possuem efeitos androgênicos e podem, neste contexto biomédico, serem cambiáveis. Existem nuances em suas permutabilidades que ensejam graduações dos efeitos androgênicos — lembrando que a testosterona é considerada menos potente e relacionada à “disposição sexual”, enquanto a gestrinona está mais relacionada a “disposição para malhar”. A gestrinona pode ser utilizada de maneira isolada com finalidade contraceptiva, enquanto a testosterona é considerada “ideal para mulheres maduras” e, quando prescritas para mulheres jovens que almejam contracepção, deverá ser associada a uma substância contraceptiva.

Por fim, é interessante observar os critérios para a definição das doses — ou número de tubetes — destas substâncias. Na maioria das vezes, a dose é referida de

acordo com o peso das pacientes, embora não seja um dado absoluto e exato, podendo variar através da média de 60 quilos, referido como o peso médio das mulheres. Abaixo de 50 quilos — “aquela mulher muito magrinha” — ou acima de 70 — “obesa ou grande obesa”—, as doses seriam alteradas para atender as proporções corporais. Frases como “a paciente de 80 quilos é muito grande para essa dose, 70 é uma situação limite” demonstra que as variações de peso podem ser manejadas com base em pressupostos culturais não explícitos.

De todo modo, o principal critério acionado para a definição da dose é a experiência que lhe garante a oportunidade de “arriscar”: “tem pacientes que a gente arriscou, é aquela história, quando você está há vinte anos no negócio, às vezes no conversar, instintivamente você diz essa é uma paciente que dá para eu arriscar 5 e funciona bem”. Em outra frase: “Se vocês quiserem saber, como se eu tivesse que receitar agora gestrinona, que dose eu arriscaria começar?” (Curso de Prescritores, 2015).

Um outro quesito que apareceu foi a relação entre custo e benefício, destacando-se que a possibilidade de utilizar uma dose menor, torna a terapia mais econômica e mais cômoda para a paciente, posto que seriam menos tubos para inserção e retirada: “Torna-se econômico para a paciente, menos traumático para colocar e retirar, e os efeitos serão os mesmos que se tivesse botado 6 ou 7”.

A centralidade no desejo e nas expectativas da mulher está presente de maneira imperativa na decisão clínica entre as substâncias, como é possível perceber através da afirmação: “é aquela paciente que não faz questão de não sangrar”, pois ele não assegura a amenorreia”. Em outro momento aparece de outra forma:

Aquela paciente que só quer não engravidar, ela vai ter algum sangramento, geralmente não são regulares, em alguns casos tendo inclusive amenorreia, mas é um percentual muito pequeno, você não pode garantir isso para a paciente, mas garantirá a contracepção.

A importância do “esclarecimento” aparece enredada à lógica da relação de consumo:

Mas ela tem que ser esclarecida para a possibilidade que existe dela ter sangramento. Não são frequentes, mas existem, e se ela não for avisada, ela fica insatisfeita, porque vai ser o produto mais caro que vocês vão usar nas pacientes (Curso de prescritores).

Ao longo deste capítulo apresentamos as maneiras através das quais os médicos que trabalham com os implantes hormonais subdérmicos produzidos pela Elmeco ensinam regimes e normas prescritivas através de práticas hormonais sustentadas em concepções biológicas. Neste sentido, emergem três conceitos biológicos fundamentais, apresentados nas páginas anteriores: controle da ovulação, equilíbrio hormonal e falência ovariana. As três noções se apresentam o corpo biológico centrado nos hormônios, o que coaduna com a tradição mais recente de *reinado do corpo hormonal na biomedicina*. Além disso, tais concepções reivindicam substâncias externas para o funcionamento biológico fisiológico. Os hormônios *externos* podem recuperar o funcionamento do corpo, quando for o caso, mas, também podem ser acionados quando não há necessariamente uma alteração mensurável das quantidades hormonais. Para estas situações, os mensageiros químicos poderiam atuar no sentido de um funcionamento melhor do que o *normal*, trazendo *benefícios* adicionais ao corpo. Os efeitos (ou benefícios) são diferentes a depender da combinação de substâncias utilizadas.

Interessa perceber que existem hierarquizações entre as substâncias, enquanto os estrogênios são os “coitados”, a progesterona é a vilã e os androgênios se configuram como os protagonistas, entre carro chefe e estrela dos consultórios. Sempre que possível, os androgênios estarão disponíveis nas prescrições, ainda que possa ser de maneira contrariada nas mulheres “machonas”. Na dinâmica entre as substâncias, a busca se constitui em torno da maior eficácia farmacológica possível, a *finalidade terapêutica* adquire novas elaborações e entendimentos sob as intrincadas dinâmicas político econômicas e culturais mais contemporâneas, que temos nomeado através das

terminologias biomedicalização e farmacologização. Desde esse entendimento, é possível perceber um continuum permeável de lógicas que modificam e alargam as *metas terapêuticas*¹²⁵ e, ao fazê-lo, produzem novos entendimentos sobre os estados do corpo e as maneiras de estar no mundo.

A racionalidade prescritiva se sustenta no modelo da cafeteria em que a usuária é tomada como consumidora, logo, o seu “anseio” é parte fundamental do regime prescritivo pelo fato de estar na posição de comprar um produto. Instigante é perceber que as consumidoras estão em busca de substâncias que produzam disposição para a atividade sexual, para malhar, vitalidade, energia, gás, dentre outras terminologias que remetem a metáforas de eletricidade e informação.

A síntese através da produção farmacológica constitui a possibilidade de fazer com que os hormônios circulem entre os diferentes corpos, como substâncias de fora. De todo modo, eles também são elementos constitutivos do corpo biológico. Assim, ao mesmo tempo em que eles transitam entre *o dentro* e *o fora* transportando suas mensagens químicas, os produtos farmacológicos terminam por se aparentarem menos medicamentos e, desta maneira, adquirem grande notoriedade e simpatia de seus usuários.

125 Os compostos farmacológicos possuem um direcionamento de ordem prática, tal seja, modificar o estado orgânico em direção a alguma finalidade definida como “meta terapêutica”. Tradicionalmente, a meta terapêutica se direcionava a restaurar a função de um corpo doente.

8 A POPULAÇÃO DOS IMPLANTES

Chegamos ao “último e decisivo estágio de vida” dos implantes hormonais subdérmicos, aquele em que ele cumprirá o seu objetivo final. Chegando ao corpo do consumidor, seu significado pode se ampliar e adquirir contornos próprios distantes dos profissionais de saúde. O cumprimento da finalidade de vida dos medicamentos geralmente está relacionado ao “seu efeito sobre o bem-estar da pessoa que os tomou” (Geest e Whyte, 1996). Aliás, será que, de fato, uma substância se faz um medicamento apenas quando atinge sua finalidade precípua? E será que nossas substâncias se consideram medicamentos?

Chegando ao final de sua vida, neste tópico, vou observar a vida do composto farmacêutico quando ela se perfaz no corpo e na fala das mulheres que os utilizaram. A partir desse híbrido implante-corpo, vou observar de quais maneiras se pode repensar o corpo hormonal no Brasil. Os hormônios certamente se tornaram uma tecnologia revestida por uma atmosfera de poderes especiais. Perfazendo-se nos limites entre substâncias *de dentro* e *de fora*, construíram esperanças e fantasias sobre as potencialidades do corpo sob o feitiço dos hormônios.

Uma questão importante para a circulação dos implantes é compreender a população que coabita a rede assistencial que ele enseja. Ao longo do trabalho, uma parte relevante foi destinada a observar conversas e entrevistas com as pessoas que circulam através dos espaços delimitados pelos implantes com a finalidade de utilizá-los. Assim, procurei construir algumas linearidades em suas trajetórias, destacando alguns atributos e características que se evidenciaram mais constantes.

Com esta finalidade, aproprio-me do termo “população” de maneira livre e quase irônica. Para Foucault, a emergência da problemática da população esteve conectada ao desbloqueio da arte de governar, que até aquele momento estava centrada exclusivamente no modelo da família — assim, economia e governo estavam sobrepostos a gestão da família. Em um “processo sutil” — influenciado por diversos fatores, tais como a expansão demográfica do século XVII e o aumento da produção agrícola — ocorreu a ligação entre centralização da economia, ciência do governo e a problemática da população. A estatística¹²⁶ foi o principal fator técnico para o desbloqueio da arte de governar, pois ela possibilitou o delineamento da regularidade própria da população — número de mortes, doentes acidentados, nascimentos, dentre outros — revelando os fenômenos que escapam ao modelo de gestão da família, tais como epidemias, mortalidades, relações entre trabalho, geração de riqueza e adoecimentos (Foucault, 2013).

A população se tornou o objetivo final da arte de governar, ao mesmo tempo um fim e um instrumento de governo, centrado em melhorar sua saúde, vida e riqueza. O desenvolvimento de uma ciência do governo orientou o foco da economia em uma dimensão que hoje se define como econômica e, ao fazê-lo, também se dedicou a isolar os problemas específicos da população. Ao mesmo tempo, em consequência da possibilidade de isolar problemas da população em um nível de realidade específico, o governo foi “pensado, sistematizado e calculado”: “A constituição de um saber do governo é absolutamente indissociável da constituição de um saber sobre todos os

126 A estatística funcionada dentro administração monárquica desde o mercantilismo, mesmo assim, ela apresenta paulatinamente os dados sobre a população. É importante mencionar que neste processo de articulação entre governo, economia e população a estatística será fundamental para a ciência do governo.

processos referentes à população em sentido lato, daquilo que chamamos precisamente da ‘economia’” (Foucault, 2013, pp. 426).

A percepção e o isolamento de problemas concernentes à população, que emergem no entorno do século XIX, centra-se no corpo como espécie biológica, compreendido em termos de processos biológicos, que podem ser manejados e modificados através de múltiplas intervenções e *controles reguladores: uma bio-política da população* (Foucault, 1988, pp.152). Esse poder se constituiu de maneira interligada ao poder de disciplina, surgido anteriormente no século XVII, centrado no corpo como máquina, através da expropriação de suas forças, da domesticação de suas aptidões, integrados aos sistemas de controle econômicos eficazes, procedimento de poder que se caracterizam pelas disciplinas *anátomo-política do corpo humano*.

Assim, dois pólos de poder se constituem em “tecnologia de duas faces”: “anatômica e biológica, individualizante e especificante, voltada para os desempenhos do corpo e encarando os processos da vida — caracteriza um poder cuja função mais elevada já não é mais matar, mas investir sobre a vida, de cima a baixo” (Foucault, 1988, 152). A articulação destes dois poderes com suas “formas e procedimentos múltiplos” foi elemento fundamental ao desenvolvimento do capitalismo, “que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos” (Foucault, 1988, pp. 153-154). No entanto, foi além disso, pois foram necessários métodos para investir e majorar as forças do corpo de modo a ajustar a acumulação de capital.

Uma parte da ironia do uso do termo população vem do fato de que população geralmente pressupõe uma quantidade significativa de pessoas e, como parece explícito,

o objeto de estudo que aqui apresento não é afeito a conglomerados. Ao contrário, se comparado ao tamanho da população brasileira, a parcela dos implantes seria considerada pouco relevante estatisticamente. Segundo as informações da própria empresa Elmeco, são comercializados por ano em torno de 100 mil implantes em uma tendência de constante crescimento¹²⁷. Considerando que o efeito das substâncias tem duração de seis meses a um ano, existiram anualmente cem a duzentos mil usuários, que receberiam os implantes através de uma rede de aproximadamente duzentos médicos. Apenas como comparação, estamos falando de um milésimo da população brasileira.

De todo modo, o uso da terminologia população está mais próxima da relevância de observar o híbrido corpo-objeto de nosso trabalho a partir da dupla tecnologia de duas faces, biologizante e especificante, que é possível apenas pela articulação de saberes e poderes direcionados aos processos de desempenho do corpo e de investir sobre a vida. Pretendo seguir observando quais as biologies que emergem na ciborguização farmacopolítica dos corpos sexualizados de mulheres em grandes centros urbanos.

Falo de uma ínfima população de atores humanos usuárias destes objetos farmacológicos e exatamente esta particularidade pode contribuir para refletir sobre as maneiras como objetos técnicos hormonais são produzidos e, ao mesmo tempo, funcionam como uma microprótese (Preciado, 2008) de formas de vida generificadas. A inserção de hormônios sexuais sob a pele com sua respectiva difusão diretamente na corrente sanguínea demarca a instalação de um tipo de gestão técnica da feminilidade que parte de dentro, injetada diretamente no corpo orgânico. Ao se confundir com a própria estrutura orgânica vivente, funda uma economia política corporal que controla a

127 Disponível no site <http://www.elmeco.com.br/>.

gestão do corpo generificado desde dentro, deslocando-se das técnicas externas disciplinantes, rígidas e visíveis para técnicas somatopolíticas interiorizadas moleculares.

Um dado importante é a reverberação dos implantes por parte de artistas de telenovelas, modelos, atletas de *crossfit*, fisioculturistas e um *novo* tipo de celebridade das redes sociais, as chamadas *musas fitness*¹²⁸. Estas usuárias certamente não são a maior parte do público de implantes, mesmo assim, nas redes sociais da empresa Elmeco, bem como em diversas matérias que fazem a cobertura dos implantes hormonais subdérmicos em meios de comunicação, é notória a ênfase conferida às *celebridades* no mundo dos implantes. Nas mídias digitais dos implantes hormonais subdérmicos aparece o depoimento de mulheres artistas explicitando suas experiências com os implantes, o que opera a dilatação do seu circuito, que se torna mais amplo e conhecido, mesmo que restrito.

As celebridades se tornaram propagandistas dos implantes, sendo bastante comum a associação entre os produtos da Elmeco com este perfil de mulheres. As atrizes são mais destacadas, mas os médicos reforçam que possuem uma clientela de modelos e fisiculturistas, além de mulheres cuja principal ocupação é o próprio corpo, conforme destacarei ao longo deste capítulo.

Em uma rede social da Elmeco, a publicação se inicia da seguinte forma “muitas atrizes estão aderindo a moda dos implantes hormonais” e seguem com depoimentos de algumas usuárias. Segundo o vídeo, Deborah Secco, “atualmente tem cinco implantados

128 Segundo revistas e jornais que abordam a questão, as “musas fitness, seriam mulheres que são mulheres que trabalham para construir um corpo ideal” (Disponível em: <http://testosterona.me/musas-fitness-brasileiras/>) ou mulheres que “**conquistaram milhares de seguidores ao postar o seu dia a dia com foco nos exercícios físicos e na vida saudável e se tornaram ícones nas redes sociais**” (Disponível em <http://arevistadamulher.com.br/fitness/content/2479419-12-musas-fitness-para-seguir-no-instagram>).

na região do glúteo, mas não foi só por questões estéticas que Débora optou pelo implante”, o depoimento da atriz destaca os efeitos não contraceptivos dos implantes:

Todas as minhas reclamações pré menstruais acabaram completamente, dor de cabeça, cólica, eu fiquei com mais libido, com muito mais força física, muito menos preguiçosa, muita mais disposição, meu corpo respondeu muito mais rápido ao exercício, o meu corpo não precisa comer tão pouco para ficar bem, não engravido e não menstruo e não tenho todas as consequências da menstruação para a mulher¹²⁹

Outra atriz que também disponibilizou depoimento à empresa foi Juliana Paes, “que usa implante há dois anos” e, segundo ênfase da narradora do vídeo, também “a atriz não colocou o chip somente pela estética, mas para usá-lo como método contraceptivo”. Juliana Paes inicia o vídeo afirmando: “Eu sou meio displicente com essa coisa da data, mesmo quando eu colocava no celular, o dia de tirar, o dia de colocar, aí, aconteceu as vezes de eu estar viajando e esquecer de levar, perder o dia certinho de inserção do anel”. A narradora informa que “a atriz não sentiu os efeitos positivos do chip logo no início”, pela fala da atriz “no primeiro momento eu senti mais oleosidade na pele, a região do colo, um pouco na zona T também, um pouquinho de inchaço, um ganhozinho de peso – que assusta no primeiro momento - , por isso que algumas mulheres ficam ‘ah, meu deus, eu engordei’. É só ter um pouco de serenidade, por que vai passar”.

129 A legenda do vídeo transcrito acima “Confira o depoimento na íntegra da atriz global Déborah Secco sobre os implantes hormonais e os efeitos na sua vida” está disponível em: <https://www.facebook.com/elmeco/videos/1455516707873851/>.

Ao enunciar que as atrizes não buscaram os implantes “somente” por questões estéticas, a mensagem transmitida é exatamente que os efeitos estéticos também foram um motivo pelo qual elas recorreram aos implantes. Nos vídeos se fazem explícitos os deslizamentos entre divulgação e depoimento, implantes/objeto e celebridades/corpo, que começam a trocar e agregar atributos mutuamente: as substâncias aparecem como agregados de benefícios correlatos, como a fala de Déborah Secco exemplifica bem. A fala de Juliana reforça as relações do método com seu estilo de vida, como se o implante possibilitasse se desprender de amarras do antigo método, um anel vaginal. Ao mesmo tempo, seu depoimento figura como uma pregação que convida as mulheres que demoram a sentir os efeitos positivos, que elas tenham “serenidade”, a mensagem é “vai passar”. Em suas falas, destacam contracepção e efeitos comuns (estético) dos implantes como dispositivo único, sem variações, mais próximos ao “modelo de tamanho único”. Ainda que elas não mencionem claramente, estão falando sobre as substâncias androgênicas.

De todo modo, conforme enunciado, ao longo da pesquisa ficou explícito que existe ampla variedade de mulheres usuárias de implantes, com perfis diversificados, sendo possível encontrar mulheres das mais variadas apresentações e estilos de vida, assim como diferentes categorias profissionais, tais como juízas, médicas, advogadas, artistas plásticas, profissionais liberais — como, por exemplo, uma dona de franquia de produtos de academia bastante populares no meio investigado. Da mesma maneira, encontrei mulheres cuja principal ocupação é o próprio corpo, envolvidas em atividades e relações que as tomam por completo, o corpo se tornou seu projeto de vida.

Até este momento tenho utilizado deliberadamente o gênero feminino na apresentação das pessoas que circulam com os implantes por um motivo relevante.

Durante o trabalho de campo eu encontrei uma única vez um homem em um consultório em busca de uma intervenção farmacológica direcionada a outro homem, no caso, seu pai. Ainda neste caso, o usuário em potencial, seu pai, não estava presente, ele levou os seus resultados de exame para serem avaliados pelo médico, pois se tratava de uma pessoa acamada. Como se tratou de umas das primeiras consultas que eu acompanhei, confiei que a presença masculina seria frequente, no entanto, não voltou a ocorrer. Ao longo das conversas presenciais e através de redes sociais com médicos prescritores, eles mencionaram a presença de homens em seus consultórios, inclusive, destacam que a presença de homens tem crescido no último ano. De todo modo, não consegui encontra-los na dinâmica prescritiva, nem mesmo na espera por consulta médica própria durante todo o tempo da pesquisa.

Não quer dizer que não encontrei homens na pesquisa, eles estão corriqueiramente presentes nas salas de espera e consultórios médicos, em quantidade muito menor do que as mulheres, é verdade, e, em todas as vezes, sua posição é de acompanhantes das mulheres. Geralmente, eles as acompanham nas consultas médicas individuais, mas não participam do processo de inserção e retirada na sala de procedimentos, que aparece como uma intimidade trocada apenas entre mulheres. Os homens conversam menos nas salas de espera e, na grande maioria das vezes, comentam a respeito dos implantes na vida das mulheres. Até mesmo um artista bastante conhecido com quem cruzei em um dos momentos estava acompanhando sua companheira para uma consulta médica, que não é artista.

No caso dos homens, os implantes são exclusivamente de testosterona, substância que, segundo se comenta nos corredores, é amplamente utilizada em formato de gel, o que pode desmotivá-los à busca deste tipo de modo de administração em

específico. Comentou-se nos corredores que eles teriam mais dificuldades com a inserção em função de serem mais “moles” e “medrosos” que as mulheres. De outro lado, as mulheres que utilizam implantes geralmente estão bastante habituadas com técnicas e procedimentos perfurantes, na grande maioria das vezes, elas recorreram a diversas práticas e procedimentos de aperfeiçoamento corporal, como pretendo relatar adiante.

Quando eu perguntei às minhas entrevistadas se elas conheciam homens que faziam uso de implantes com a intenção de solicitar indicação para entrevistados, elas demonstraram surpresa diante da possibilidade de homens fazerem uso de implantes. Desse modo, novamente, essa via também não contribuiu para encontrar possíveis entrevistados.

8.1 Idade e ciclos de vida

Nos informes técnicos dos implantes hormonais subdérmicos, não existe delimitação precisa quanto à idade em que eles poderiam ser utilizados. Durante o trabalho de campo, houve menção de encaminhamento de meninas de 9 a 11 anos pelo pediatra com o objetivo de “retardar a menarca”, o que “prolonga a menstruação dela a primeira vez para três ou quatro anos adiante”. A avaliação e indicação é realizada pelo pediatra, mas seria “muito usado em menininha de nove e onze anos, sem nenhum risco, nenhum risco, é inofensivo”. Segundo se afirma, o adiamento da menarca garantiria maior crescimento de uma menina de baixa estatura, já que “se você bloquear a menarca

dela, ela vai ter um estiramento melhor do que se ela menstruar cedo, onde vai dar uma travada nela, no crescimento dela”. Ao que parece, a idade mínima seriam estas meninas jovens com a finalidade de adiar a menarca (Curso de Prescritores, 2016). Durante o trabalho de campo, não encontrei mulheres menores de idade.

Quanto à expectativa de vida, eles não apresentam um limite preciso, em tese, poderiam acompanhar as mulheres até o final de vida. A faixa etária que encontrei nos consultórios foi bastante variável, desde 18 até 80 anos, com o intervalo mais prevalente entre 35 anos e 65 anos.

A idade é uma questão relevante para os implantes, não porque ela ofereça algum tipo de limitação ou constrangimento, ao contrário de limitar ou construir barreiras, para os implantes, as diferentes idades adquirem um campo diversificado de possibilidades de intervenção. Existem substâncias para todas as idades e, por outro lado, as mesmas substâncias trazem potencialidades distintas a depender das respectivas fases da vida. Nesse sentido, é interessante observar que a modulação das intervenções não ocorre a partir das faixas de datas de nascimento, mas baseada na vaga noção de *ciclos de vida*. Os ciclos de vida arregimentam especificidades a respeito dos efeitos farmacológicos esperados.

A noção de *ciclos de vida* é pujante pois ela categoriza as mulheres em divisões baseadas centralmente na vida reprodutiva. Não há precisão de faixa etária, posto que ela pode ser variável, mas há uma margem por onde cada fase do ciclo se desenvolve e que exige respectivas intervenções e efeitos. A noção de ciclo de vida¹³⁰ parte do pressuposto de que os seres humanos compartilham as mesmas características biológicas associadas ao decurso de suas vidas. E, no mesmo sentido, está fortemente

130 É comum encontrar em livros didáticos de biologia a informação de que as diferentes fases biológicas da mulher retratam o processo de desenvolvimento e maturidade de seu aparelho reprodutor.

imbricada à concepção de gênero, que diferencia as fases das mulheres e as fases do homem. No caso das mulheres, os seus ciclos de vida¹³¹ foram elaborados a partir da centralidade da vida reprodutiva, em outras palavras, o epicentro biológico da mulher se funda na vida reprodutiva. Assim, poderiam ser divididas entre menarca, ciclos menstruais, ciclo gravídico-puerperal, climatério. Ao passo, que geralmente as temporalidades dos homens são: criança, adolescente, adulto, idoso.

A partir dessa perspectiva, para as meninas bem jovens, pode se almejar atrasar a menarca; para as mulheres com ciclos menstruais — que também podem ser chamados popularmente como “idade fértil”—, existem as substâncias contraceptivas e androgênicas, com efeito anti estrogênio ou anti-progesterona; ao mesmo tempo, para as mulheres no climatério e menopausa, as substâncias para a reposição hormonal, que, segundo prescrição, sempre estão associada aos androgênios.

Em síntese, com a finalidade de caracterizar a população de implantes, é importante situar que as mulheres possuem uma certa idade, que este é um dado central, mas não em termos precisos, mas moduladas através de ciclos de vida. Algumas mulheres podem apresentar uma faixa etária discrepante com o ciclo de vida esperado e isso pode ser modificado ou aprimorado pelos implantes hormonais subdérmicos. Ainda que a idade não seja uma informação habitualmente comentada nas salas de espera, suas idades estão presentes nos consultórios médicos e são um dado relevante nas definições prescritivas, assim como são constitucionais dos imaginários farmacêuticos.

É bem verdade que as substâncias se direcionam a determinados efeitos. Nesse sentido, pode-se afirmar que ocorre um processo co-constitutivo entre substâncias e

131 A intervenção baseada nos ciclos de vida é bastante comum na saúde pública. Afirma-se que a sua definição contribui para pensar intervenções baseadas na prevenção e estilos de vida e não apenas na doença. Nesse sentido, os ciclos de vida permitem também a contextualizadas dos sujeitos em sua trajetória de vida inserida em territórios, nessa acepção, as intervenções seriam mais integradas e contextualizadas.

usuárias no sentido de customização de aspectos relacionados aos seus respectivos ciclos de vida. Para as mulheres com ciclos menstruais, preconiza-se a contracepção com supressão da menstruação, ao mesmo tempo, para as mulheres no climatério, propaga-se a possibilidade de omitir ou driblar os efeitos do envelhecimento. É corriqueiro encontrar frases que conferem essa ideia de supremacia sobre o tempo e sobre o biológico, como “não acredito que você tenha esta idade!”, “nossa, você está muito bem”, “o que você fez para ficar assim?”, “os implantes mudam a nossa cara”, “estes implantes trouxeram minha vida de volta”, “ eu tenho outra vida”.

O imaginário atua fortemente na possibilidade de se customizar os diferentes ciclos de vida de acordo com expectativas para cada faixa etária, através de alguns comandos que variam de acordo com as diferentes idades e outros se constituem em demandas e expectativas comuns às mulheres que coabitam o mundo dos implantes e, neste sentido, estão indiferenciadas pela idade. As expectativas se encontram através de um certo imaginário (farmacêutico) de que é sempre possível estar sob o comando do tempo cronológico, possibilitando que as mulheres driblem as contingências e percalços de cada fase, adquirindo continuamente performances de gênero e classe.

8.2 As demandas e a peregrinação do corpo potência

Ao serem interrogadas sobre as motivações para o uso dos implantes, as mulheres com quem conversei ao longo da pesquisa, enunciaram, em todas as situações, finalidades relacionadas às questões habitualmente atribuídas à jurisdição médica. Em

todas as interações com as mulheres, os motivos verbalizados se direcionaram às seguintes finalidades: reposição hormonal durante a menopausa e climatério, contracepção, endometriose, além de diversas afirmações relacionadas a *TPM*. A supressão da menstruação aparece em praticamente todas as falas, se não pela motivação inicial, como coadjuvante da busca pelos implantes. Até mesmo mulheres que, encontrando-se na menopausa, ressentem-se de não ter deixado de menstruar quando mais jovens.

A *entrevistada um* procurou o médico após uma peregrinação por intensas dores e tratamento para a endometriose. Segundo narra, sua primeira menstruação ocorreu aos 9 anos, permanecendo irregular até os 12 anos, quando iniciou um quadro de “dismenorreias¹³² absurdas”. Ela procurou um ginecologista, que a indicou o uso de pílula contraceptiva contínua, porém, segundo afirma, não se adaptou: “Eu tenho todos os efeitos colaterais possíveis do uso de anticoncepcional, cefaleia, hipotensão, a minha pele fica descamando, troca o anticoncepcional porque era claramente relacionado, troca, faz outro, nenhum nunca ficou bem, e aí parei de tomar”. Sem tratamento, ela seguiu com dores intensas, utilizando analgésicos potentes, mas, ainda assim, comprometia sua rotina de vida, “então eu perdia qualquer coisa que eu tivesse que fazer nesse dia, ficava em casa sempre com muita dor, e fui levando dessa forma, perdia um, dois dias com muita dor” (Entrevistada um).

À época, estudante do primeiro ano de medicina, teve sua primeira relação sexual com seu namorado, que, segundo comenta, também era seu “veterano”. O colega de curso, percebendo seu quadro de dor durante a relação sexual, afirmou que aquela intensidade não seria normal “nem na primeira relação”, sentenciando que havia

132 Nome técnico para as cólicas menstruais fisiológicas, pelo fato de ser médica, ela utiliza diversos nomes técnicos em sua entrevista.

“alguma coisa”. Diante do veredito, ela iniciou a busca por um outro ginecologista, aquele que solucionasse a “coisa”. Foi um ginecologista indicado por sua mãe, advogada, que a diagnosticou com endometriose. A partir de então se iniciou uma nova fase, agora, direcionada à procura pelo tratamento para a endometriose. A primeira orientação que ela recebeu foi de que, após seis meses do tratamento inicial — centrado no “bloqueio” da ovulação —, ela deveria engravidar, pois depois seria muito difícil e, além do mais, seria “mais seguro se você quiser mesmo ter um filho porque aí são nove meses sem menstruar, você já está tratando, mais a amamentação, vai ser o melhor tratamento”. Após dois meses de tratamento, com menos de 20 anos, ela relatou que se iniciaram os sintomas da menopausa “de forma muito forte” o que a motivou procurar outros métodos de tratamento, chegando ao nome de Elsimar Coutinho, através da indicação de uma amiga da sua mãe. Em suas palavras: “Aí, a pessoa demora para ter relação sexual, se tivesse tido antes tinha descoberto antes” (Entrevista um).

A endometriose é queixa comum nos consultórios e aparece na fala das mulheres imersa em longas trajetórias através do diagnóstico e chegada a um tratamento penoso. O tratamento clínico mais comum está baseado no “bloqueio” da liberação do hormônio luteinizante (LH) pela glândula hipófise, que basicamente suprime as concentrações de estradiol nas mulheres, reduzindo os índices de estradiol aos valores encontrados durante a menopausa. Assim, estas mulheres entram em processo de menopausa artificialmente produzida. Os sintomas aparecem de maneira abrupta, sendo o quadro relatado pela minha entrevistada bastante típico. As histórias da endometriose são fortes, aparecem com grande frequência nas salas de espera e na fala das entrevistadas. Ainda assim, as falas das entrevistadas também abordam outros aspectos relacionados

aos usos dos implantes, como a melhoria da libido e, notadamente, enfatizam os benefícios relacionados à supressão da menstruação.

A endometriose pode estar imbuída em outras demandas, como ocorreu com a entrevistada Dois, que apresentava diagnóstico prévio — bastante anterior a sua chegada ao universo dos implantes —, que foi se arrastando e, apenas no momento da peri-menopausa, decidiu investigar com mais afinco a situação. No momento da entrevista, com 50 anos, sem nunca ter feito uso de anticoncepcionais, pois “não gosta de remédios”, iniciou alguns sintomas que ela não considerava muito relevantes e não havia associado a menopausa, como “suadouro”, “fadiga” e “insônia”. A chegada ao implante ocorreu não em função de seus sintomas, mas após indicação de uma médica que realizou sua cirurgia de histerectomia:

A minha história da menopausa, de ter entrado assim foi tudo muito rápido, uma coisa que eu não sabia, não sabia nem o que eu tinha, era o climatério que eu já estava com sintomas. Porque na verdade eu sou superativa, tinha o suadouro, tinha tudo, um cansaço, mas achava que era excesso de coisas de trabalho e quando eu fui fazer uma ressonância para investigar uma endometriose que eu sempre tive a vida inteira, mas eu fui levando, inclusive engravidei, tive tudo, só que estava começando a sentir umas dores de repente até de andar. Viu-se que na ressonância eu tinha muita endometriose, na parede do abdômen, em tudo quanto é lugar, e aí com um médico, a pessoa que ia fazer a cirurgia, chegamos à conclusão que o melhor era tirar (Entrevistada dois).

Após a cirurgia de histerectomia realizada também para o tratamento de endometriose, sua ginecologista indicou de pronta os implantes, mas ela foi resistente, pois “não queria ser chipada”. É interessante que, no caso desta usuária, a indicação dos implantes pela médica lhe despertou para a chegada da menopausa. Os sintomas não a incomodavam, ela permanecia “superativa”, mas a indicação de reposição hormonal lhe trouxe a questão da menopausa e ela redimensionou toda sua relação com os sintomas

vivenciados, não porque eles lhe incomodassem, mas porque eles funcionavam como um signo da menopausa

eu senti no início desse ano, porque eu acho que ele é cíclico, eu tive o suadouro em 2015, de molhar a cama, eu tinha que tomar banho de madrugada, juro que eu não sabia que o que era, eu estava menstruando. Não me toquei, nem aquela coisa, devia ter me tocado com 48 anos, mas você não se toca, e depois eu senti uma fadiga, isso lembro que senti, só que eu fiz a cirurgia e repus, acho que essa reposição imediata já me deu uma sensação boa (Entrevistada dois).

Ela menciona o “suadouro”, mas ele não aparece como um sintoma da menopausa, tampouco associado a algum tipo de dilema que modifique o decurso de sua rotina, ao contrário, eles fazem parte de alterações cíclicas. A relação com os objetos técnicos associados à menopausa, ou seja, quando os implantes são indicados, ela reelabora sua experiência, que é redimensionada. Assim, ela iniciou busca por literaturas médicas nacionais e estrangeiras com a finalidade de compreender melhor essa fase da vida. Chegou a fazer uso de outras formulações para reposição, como o gel, que elevou intensamente seus “índices” e terminou cedendo à pressão médica, indo ao consultório para fazer o uso do implante. Sua fala ressalta os motivos para a utilização dos implantes:

Eu acho que você tem que repor, você vai vendo quando vê seus exames quando você vai entrando na menopausa você vai vendo o colesterol subindo, você vai vendo que as coisas vão acontecendo, na verdade a minha reposição é mais para isso para ter saúde, eu não vejo como uma coisa mágica, ah, que bom, vou colocar, até porque eu acho que estrogênio te dá uma inchadinha, não é aquela coisa... Risos (entrevistada Dois).

Para outras entrevistadas, a percepção da chegada à menopausa coincide com a necessidade de reposição hormonal, trata-se de processos comuns e interligados, que são refletidos e elaborados em conjunto com outras mulheres. A fala da Entrevistada Três corrobora essa perspectiva de que a reposição hormonal seria integrada à vivência da menopausa, uma relação direta entre menopausa e reposição hormonal. Ainda que ela ressalte alguns sintomas, não são eles que as direciona aos objetos técnicos, mas a “entrada” na menopausa se torna o principal motivo para a reposição:

Deixa pensar, foi na verdade uma amiga minha que já colocava com ele implante, com o Elsimar e eu comecei a entrar na menopausa e precisava de reposição hormonal. Eu estava dormindo mal, também estava com os problemas de menopausa, o sono, não tive esse calor, nunca tive, mas me sentia meio desanimada, fui lá, gostei e comecei a botar os hormônios (Entrevistada Três)

Grande parte das mulheres com quem conversei afirma ter buscado os implantes para abolir os sintomas da menstruação, como a entrevistada Cinco: “no meu caso, meu objetivo era mesmo para parar os sintomas que eu tinha em relação à menstruação que era TPM, muita cólica, isso tudo que vem junto com menstruação”. Esse objetivo aparece em diversos momentos. Uma mulher no consultório afirmou que seu objetivo era “pausar a menstruação”, outra enunciou que almejava “interromper a menstruação”, outras muitas pontuaram que almejavam acabar com os sintomas relacionados à menstruação, muitas das vezes verbalizados através da sigla “TPM”: “oscilação do meu humor junto com a TPM”.

A supressão da menstruação é um tema que circula amplamente pelos corredores, consultórios e conversas em torno dos implantes. É interessante perceber que as mulheres relacionam desconfortos e sintomas à menstruação, como se o sangramento fosse a causa das manifestações. Parece que o sangue se tornou o sinal que evidencia os sintomas sentidos ao longo da menstruação. Nesse sentido, ao eliminar o sangramento, os sintomas também deixariam de existir. Aqui, o sangramento também se apresenta como um signo da oscilação hormonal, que ao mesmo tempo expressa a inconstância de humor, instabilidade do corpo e até mesmo agressividade.

No primeiro ano algumas mulheres diziam que tinham depressão, estavam cheias de espinhas e que tinham vários sintomas. Eu não tive, já coloco há quatro anos com ele, e nesse período, pelo contrário, faço uma dieta muito regrada, tenho essa parte de personal, treino todos os dias, levo uma vida bem regradinha na parte fitness, você poder viajar sem estar com aquela preocupação de que vai ter essa menstruação, que seu marido tenha que se preocupar com isso, sem ter a aquela parte de agressividade que a TPM traz, pelo menos no meu caso eu tinha muitas cólicas, dores que eu sentia, para mim mudou nesse sentido (Entrevista cinco).

Mariano em tese defendida com o título “A construção da síndrome pré-menstrual” analisa o processo em que os discursos biomédicos incorporam padrões sociais de gênero para a construção de diagnósticos. No caso da síndrome menstrual, ela analisa periódicos do PUBMED e apresenta o seu processo de transformação desde a década de 1930, quando aparece sua primeira descrição através do nome tensão pré-menstrual, passando pela década de 1950, quando a terminologia mudou para Síndrome Pré-Menstrual. Em suas primeiras definições, esteve relacionada diretamente à produção dos hormônios femininos. Nos anos 1980, buscava-se um marcador biológico

que possibilitasse a identificação diagnóstica, o que não ocorreu. Assim, a etiopatologia não está bem definida do ponto de vista biomédico até os dias atuais, mais recentemente denominada Síndrome Pré-Menstrual (SPM), não há consenso também com relação aos critérios diagnósticos, mesmo assim, estão relacionados mais de 200 sintomas. A principal nomenclatura entre os leigos é TPM, muito utilizada pelas mulheres, como Mariano (2012) descreve e também podemos encontrar nas falas de nossas entrevistadas: “os sintomas que eu tinha em relação à menstruação que era TPM, muita cólica, isso tudo que vem junto com menstruação”. E continuava: “Porque quando eu tenho essa coisa da TPM, dessa questão da oscilação do humor, você acaba sendo agressiva, você tem um período do mês que você, então por você não ter isso, acho que sim, melhorou sim” (Entrevistada Cinco).

Se o diagnóstico médico da SPM poderia envolver mais de 200 sintomas, os relatos das entrevistadas aparecem coerentes com a perspectiva de que a menstruação pode estar imiscuída de muitas sensações e sintomas desconfortáveis:

Ah, dor de cabeça, mais aí daqui a pouco eu já estava com dor e tal, mas comecei a perceber a primeira coisa quando eu vou ficar menstruada é a vontade de comer doce, começava a sentir vontade de comer doce de forma exacerbada, aí já começava a tomar remédio para dor. Era muito forte isso, cefaleia, uma piora importante do humor, mas foi sempre pior era a dor. A dor no primeiro dia da menstruação era uma coisa assim, eu sou extremamente calma, eu não sou, eu aguento bem dor, cheguei a um dia que eu não sabia mais o que tomar, comecei a gritar dentro de casa (Entrevistada um).

Como em uma espiral, menstruação, sangramento, oscilação e instabilidade estão correlacionadas e se encontram no espaço orgânico corporal regido pelos hormônios sexuais produzidos pelo próprio corpo. Muitas das vezes, este encontro se

objetiva e recebe o nome de TPM. A menstruação aparece relacionada aos sintomas da TPM, assim como os hormônios produzidos pelo próprio corpo — mas não são quaisquer hormônios, são aqueles tradicionalmente relacionados às mulheres — que aparecem como os responsáveis pela instabilidade. Para mulheres jovens, o estrogênio, em algumas entrevistas, é temido, como ficou notório com a entrevistada Cinco em que eu perguntei se ela utilizava estradiol ao que ela respondeu “de jeito nenhum”.

A menstruação aparece também como ameaça ou risco de adoecimento, concepção bastante abordada por Elsimar Coutinho em seu livro e nos consultórios médicos. A entrevistada Dois comentou que ela apresentava resistência a parar de menstruar pois não considerava saudável, mas que sua visão havia se modificado e que se ela tivesse deixado de menstruar quando mais jovem poderia ter evitado o desenvolvimento do quadro de endometriose, que existiu a cirurgia de histerectomia. A menstruação aparece como causa da endometriose e de outros adoecimentos, logo, suprimi-la pode evitar o seu desenvolvimento.

Para além disso, a menstruação aparece como algo que prejudica a sexualidade e a qualidade de vida: “Isso melhorou minha qualidade de vida porque acho que a menstruação para a mulher é muito ruim você ficar uma semana menstruada, aí atrapalha também na vida sexual” (Entrevistada dois)

Eu acho sensacional, acho que devia ser assim para todo mundo. Tenho a maior pena de ver as pessoas menstruando. Eu acho que para uma mulher que leva uma vida, que não quer engravidar e que leva uma vida como a que a gente leva de muito trabalho, eu acho que é um incômodo desnecessário. Não sinto nenhuma falta, me sinto super bem assim (Entrevistada Dois).

que as mulheres não respondiam diretamente suas intenções, ficou explícito que existia um silêncio intencionalmente produzido sobre as outras tantas razões dos implantes.

Aliás, passado o desconforto inicial da primeira pergunta direcionada ao motivo do uso, resolvida a situação de que todos pactuamos que sua indicação está relacionada a uma *necessidade médica* — e assim vou refletindo sobre o que é considerado necessidade médica¹³⁴ —, os usos dos implantes podem se enveredar por suas longas histórias relacionadas às peregrinações dos hormônios pelo próprio corpo. As mulheres em busca dos implantes estão envolvidas em sagas com e sobre seus próprios corpos, algumas com contornos dramáticos — como acontece em grande parte das mulheres com endometriose—, outras, a maioria, em busca de aventuras sobre as possibilidades abertas em seus corpos.

Assim, quase despercebidamente, outras expectativas apareciam. A entrevistada Cinco que havia afirmando ter colocado com a finalidade de superar a TPM, nos entremeios da conversa afirmou que solicitou a testosterona “Porque o meu objetivo seria isso mesmo, para hipertrofia, a parte física, que ajuda muito” e continuou “Quando eu o procurei a gente sempre pensa em colocar a testosterona, principalmente na parte do fisiculturismo” (Entrevistada cinco). A entrevistada quatro “Exatamente, e ele botou um pouquinho de testosterona porque a mulher vai perdendo, para eu ficar com disposição para malhar”. A entrevistada dois, que colocou por causa da endometriose, afirmou que sua resistência inicial estava relacionada ao fato de que “o chip para mim estava associado ao chip de ganhar massa, ao chip das atrizes, ao chip de parar de menstruar”, mas ela também comenta que “a reposição imediata já me deu uma

134 Não entrarei nessas discussões, mas o que se imagina serem condições e situações direcionadas às necessidades médicas, como reposição hormonal e menstruação, podem ser também amplamente debatidos e problematizados.

sensação boa”. Em outro momento, alguém mencionou que a “gestrinona era um negócio tentador”, situando que muitas mulheres a buscavam com finalidade de emagrecimento, disposição para malhar e ganho de massa muscular.

As entrevistadas com quem conversei não foram mais explícitas do que consegui aqui apresentar, de fato, elas comentaram muitas vezes sobre as relações entre os implantes e a busca por efeitos de aprimoramento, de todo modo, eles permaneciam como usos de outras mulheres, suas conhecidas. Essas mulheres, que a maioria delas conhecia e se relacionavam, em muitas vezes, são as próprias mulheres que lhes indicaram a tecnologia, e utilizam-no com finalidade de aprimoramento:

Já, ela tinha deficiência de testosterona e reclamava que o apetite sexual dela estava diminuindo. Não era o meu caso, eu queria manter, eu gosto muito de fazer exercícios e queria continuar com a energia, e eu vi que nela funcionou de uma maneira muito boa, ela completamente, magrinha, ficou forte, mudou totalmente o biótipo dela (Seis).

Em suas falas as outras mulheres procuraram estes efeitos, elas estavam em busca de tratamentos médicos, “Porque quando leem a matéria, eu tenho uma matéria falando do implante que é o estilo da beleza que as pessoas querem ganhar massa magra, muitas pessoas procuram por isso” (Entrevistada seis). Uma entrevistada apresentou uma fala que exemplifica bem a relação das entrevistadas com as “outras” finalidades:

Quando entra essa parte de chip da beleza e tudo mais, entra toda essa questão da testosterona para quem quer malhar, de outras coisas que vão sendo colocadas com outras finalidades que não só a

anticoncepção ou a interrupção da menstruação, então começa a virar meio que uma bomba endocrinológica (entrevistada um)

Brandão et al (2016) em pesquisa sobre a contracepção de emergência com balconistas afirma que aparece a ideia de que “o poder de ação dos hormônios no organismo pode ser arrasador”. Ainda que sejam substâncias importantes para o corpo, o seu uso em excesso pode gerar diversos prejuízos e desequilíbrios. Assim, os contraceptivos de emergência estariam imbuídos em crenças de um medicamento “mais forte” e “perigoso” cuja noção de “bomba endocrinológica” resume muito bem (Brandão et al, 2016, pp.4). A noção de “bomba” aqui aparece na fala de uma usuária, que também é médica, relacionando-a ao seu uso empírico, sem evidências científicas. A bomba aqui, portanto, tem o sentido de imprevisibilidade dos resultados possíveis, posto que o seu uso com finalidade de aprimoramento não estaria sob a égide da “medicina baseada em evidências”.

Para estas mulheres, de todo modo, a ideia de que a administração de hormônios através dos implantes traz melhoria da saúde, qualidade de vida, que proporcionam uma vida mais saudável está presente em todas as entrevistadas: “Isso melhorou minha qualidade de vida porque acho que a menstruação para a mulher é muito ruim você ficar uma semana menstruada, aí atrapalha na vida sexual” (Entrevistada um). Os implantes estão definitivamente relacionados ao bem-estar, a vida mais saudável que, por sua vez, guarda relação com estabilidade dos hormônios, “Estou me sentindo bem, os hormônios estavam bem confusos, agora, eu estou bem (entrevistada um)”.

Eu acho que o que mais na época ... além da questão da dor, de não ter mais cefaleia, mais a questão do doce, a questão do meu humor e também não ter tanta variação porque essa TPM também era bem pesada nessa parte, isso sempre foi muito bom (Entrevistada um).

Em outra entrevista:

Foram esses melhorou a minha gravidade, melhorou minha TPM, o meu mau humor, melhorou meu mal estar, minhas dores de cabeça, a questão de você ter a liberdade de viajar sem se preocupar se vai estar passando mal, se vai estar assim, se vai estar assado, nesse sentido melhorou, posso dizer 90% (Entrevistada Cinco).

8.3 O modo de administração: praticidade e segurança

O modo de administração é fundamental para a eficácia destes objetos que, na verdade, trata-se de um composto formado por hormônios e tubetes, indissociáveis. Nesse sentido, as mulheres, assim como os médicos, reforçam as particularidades dos implantes sob sua aceção. Por muitas vezes, os atributos dos implantes são apresentados em contraposição às outras formas de administração mais populares, seja a oral, os injetáveis e até mesmo o gel, que se demonstrou um grande conhecido das mulheres.

A primeira questão é relacionada a praticidade e eficácia, que aparece em diversas citações:

E ela me explicou, foi uma questão de conversa e de achar que o gel não é prático e isso é verdade, o gel não é prático. Não é só não é prático, eu não sei o quanto ele absorve, aí você me perguntou o gel, estou te explicando e tomar? Achei que tomar seria pior porque eu tenho muito problema de estômago, aí vai, entra no estômago o negócio e não penso que ele não passe por algum lugar, mas acho que ele vai mais para, foi o que entendi, vai mais na corrente sanguínea sem necessariamente ser digerido pelo estômago, e eu passo super mal com qualquer coisa, e a testosterona nem existe, acho que não existe (entrevistada dois).

A fala anterior destaca alguns aspectos interessantes. Pela análise apresentada, o modo de administração periférico evitaria os desconfortos gástricos e as oscilações absorptivas do gel. Além do mais, sua inserção cairia diretamente na corrente sanguínea possibilitando a absorção mais contínua. A impressão é de que os hormônios sairiam diretamente das mãos dos profissionais para a corrente sanguínea, evitando o que aparece como percalços das passagens por diversos pontos do metabolismo orgânico.

Ainda relacionado à praticidade, mas apontando para a concepção de que se trata de uma forma de administração mais segura, outra fala pontua:

Eu nunca usei, nem nunca pesquisei muito injetável nem esses do tubete [referia-se ao implanon®], mas acho que é muito diferente, acho que em qualidade de vida e como um tratamento seguro, e também porque é muito melhor uma coisa que, quanto mais espaço você possa ter, você ter que usar todo dia ou todo mês ou a cada três meses, quanto mais você puder espaçar facilita o tratamento, a administração (Entrevistada um).

A tecnologia aparece como segura pois não seria necessário usá-la com frequência, o que é interessante pois parece que o espaço entre a ingestão é o critério

relacionado à segurança, quando, na prática, as substâncias estão continuamente sendo absorvidas através dos tubos de silicone. Talvez, a questão de fundo seja a mesma da citação anterior, através dos implantes, os hormônios são distribuídos diretamente na corrente sanguínea, minimizando as contingências dos metabolismos gastro-intestinais-hepáticos. Será que a insegurança, para as usuárias, estaria relacionada a circulação pelos eixos não sanguíneos dos hormônios? Nesse sentido, entrar diretamente na corrente sanguínea poderia estar relacionado tanto a melhoraria da eficácia quanto a possibilidade de evitar os metabólicos parciais potencialmente tóxicos.

Da possibilidade de ter uma substância diariamente ingerida e metabolizada em diversos pontos do corpo para uma substância que é colocada diretamente na corrente sanguínea, as mulheres acreditam que a segunda opção é mais segura. Nas entrevistas também aparece que o modo de administração parece estar relacionado a menos efeitos colaterais: “É difícil comparar, mas eu tenho a impressão que os efeitos colaterais do implante são muito menores do que qualquer outro tipo de medicação que você possa usar” (entrevistada um). Em outro momento da entrevista, a mesma entrevistada ao comparar a via de administração subdérmica com o via oral, menciona “É, então eu acho que existem essas formas também e com relação a efeito colateral eu tenho certeza que é muito diferente porque eu tinha todos os efeitos colaterais” e continua “acho que os efeitos colaterais são muito maiores com o anticoncepcional oral” (Entrevistada um).

Para além disso, o modo de administração subdérmico aparece como mais adequado ao estilo de vida dessas mulheres: “Para mim é mais cômodo, porque você fica um ano, não me incomoda em nada, não preciso ficar tomando comprimido todo dia, não precisa ficar passando gel, uma coisa super cômoda” (entrevistada quatro).

De um outro ponto de vista, desde que eu presenciei pela primeira vez o procedimento de inserção e retirada dos implantes, eu senti um intenso desconforto e seguramente meu semblante demonstrou minha perplexidade. No curso de prescritores, ainda no eixo teórico, é transmitido um vídeo que orienta a técnica do procedimento. No momento que o vídeo foi transmitido, pude perceber que os médicos, alguns bastante habituados com procedimentos técnicos e invasivos, explicitaram reações muito semelhantes a que eu mesma vivenciei ao me deparar pela primeira vez com o procedimento. Assim, quando iniciei a conversa com as mulheres, dediquei-me a investigar as maneiras que elas sentiam e percebiam o processo técnico de inserção e retirada. Quando não foi minha surpresa que, para a grande maioria delas, diferentemente de mim e dos médicos que realizavam o curso, o procedimento aparecia como algo trivial, rotineiro e banal.

Em quase todas as vezes que eu interroguei sobre o procedimento, as respostas foram secas e opacas, quase como a descrição de uma tarefa com a qual você está amplamente acostumada e não lhe parece digna de muitos comentários; “é rápido, cinco minutinhos”, “não dói, tem anestesia”, “quase nem senti” e variantes dessas mesmas respostas. Apenas uma mulher foi bastante incisiva ao mencionar que “Coloquei o implante e achei que não doía, caramba, o negócio ficou roxo, doeu, parou de doer essa semana, eu sentia como se estivesse, eu sabia onde estava, ele estava rasgando” (Entrevistada quatro). Diferentemente da inserção, ainda que também nada excepcional, algumas mulheres comentaram sobre o hematoma e a sensação de sentir os “palitinhos” sob a pele.

O que foi se tornando explícito é que essas mulheres estão habituadas a diversos tipos de procedimentos em seus corpos e, assim sendo, não havia nada de excepcional

naquele em específico. A dinâmica de procedimentos estéticos e de saúde é tão habitual que muitas das vezes quando perguntei sobre a realização de outros tipos de atividades, rotinas e procedimentos em saúde, as mulheres iniciaram com a resposta negativa ou com a conjunção “apenas”, mas sempre seguiam com um complemento que situavam diversos outros procedimentos em termos de saúde e estética, que aparecem como complementares e indistinguíveis para estas mulheres.

8.4 “Vai alterar tudo que acontecer com você”

Ao longo da tese, procurei debater como os hormônios se tornaram uma espécie de substância do corpo biológico. Repleto de sentidos metafóricos, muito além disso, estes mensageiros químicos se fizeram substâncias técnicas materiais co-constitutivas de performances orgânicas generificadas. Os hormônios, que se disseminam no corpo orgânico através dos implantes, permanecem regendo o funcionamento biológico, entrando diretamente na corrente sanguínea através da via periférica, eles (re)aparecem em no trabalho de campo permeados por uma atmosfera de poderes e mistérios.

Na maioria das vezes, os hormônios são apresentados no plural e de maneira indistinta, como um tipo de substância material concentrada que circula pelo corpo transmitindo informações e conduzindo múltiplos aspectos do seu funcionamento fisiológico. Por diversos momentos, eles me fizeram lembrar os fluidos e humores da concepção hipocrática de corpo, no entanto, ainda não podem ser comparados equitativamente, pois são mais desconexos e heterogêneos, não sendo possível inseri-los em uma concepção médica tão teleológica. Ainda que diferentes do sangue e de

substâncias molares, eles também não podem ser compreendidos como exclusivamente moleculares, pois sua composição aparece mais densas e compacta, assim como transitórias, fluidas e heterogêneas. A semântica utilizada para descrever e pensar os hormônios não traz as terminologias em termos de receptores, complexo ligante-receptor, transcrição gênica, junções e enzimas, os hormônios circulam pelos corpo e inter-corpos — afinal, são também substâncias externas — e podem intervir de diferentes maneiras em múltiplos substratos orgânicos em distintos graus de profundidade do corpo e, além do mais, relacionam-se também a atributos, sensações, desejos e subjetividades. A composição de que ele parece ser feito é de substâncias químicas que circulam e podem atuar em múltiplos espaços, orifícios e profundidades do corpo. Assim, eles interfeririam no humor, na disposição, na pele, no cabelo, no sono, no ganho de massa magra, na libido, na energia, dentre outros.

Os hormônios evocam metáforas de circulação, fluxo e informação, que, logo, estariam relacionadas a mudanças, flutuação e variações. No caso da menstruação, conforme apresentei, os hormônios estariam envolvidos com a instabilidade, oscilações e desequilíbrio, o que se evidencia através da TPM. No caso da menopausa, a deficiência dos hormônios é a causa do descontrole que, modifica os sintomas, mas novamente se centra nas proporções entre hormônios e substratos biológicos, apenas deslocando a ênfase que, agora, recai em sua deficiência. De todo modo, os hormônios como substâncias da biologia “normal” aparecem como propulsores de movimentos internos alternados que podem se desestabilizar a qualquer momento.

É instigante que a leitura que proponho sobre a forma como os hormônios se apresentam pela perspectiva das mulheres seja tão próxima da análise que Rose propõe para biologia molecular contemporânea.

Na biologia molecular contemporânea, que a biologia sistêmica exemplifica, a busca não é por simplificar as leis subjacentes, mas precisamente o contrário: por simulações de sistemas dinâmicos, complexos, abertos, combinando elementos heterogêneos, a fim de prever estados vitais futuros e, por conseguinte, possibilitar intervenção naqueles sistemas vitais para modelar aqueles futuros. E, como já mostrei, nas intervenções que proliferam neste mundo aplanado, quase qualquer elemento vital pode, em princípio, ser libertado de seus laços com a célula, órgão, organismos ou espécie libertado para circular e ser combinado com qualquer outro, desde que dadas certas condições (Rose, 2013, pp. 31 -32).

Ao enunciarem a eficácia dos implantes sob sua perspectiva, reiteradamente, as mulheres destacam que eles podem estar relacionados a “tudo”, reforçando a atmosfera de potência destas substâncias:

Vai alterar tudo que acontece com você. Eu mesma sou prova disso, meu prontuário, eu tive alteração de humor, episódio de depressão que apesar de ter vários outros fatores para acontecerem, estava muito relacionado com uma das trocas dos implantes onde eu fiquei sem a testosterona, por exemplo, porque aí fica só, não entra junto e aí o humor piora muito (Entrevistada Um)

Assim sendo, os hormônios aparecem como matérias pluripotentes¹³⁵, com a capacidade de gerar formas e superfícies do corpo, efeitos em termos de atributos, subjetividades e capacidades emocionais e cognitivas. O fato da usuária mencionar que os hormônios podem alterar “tudo” confere uma certa atmosfera de poder e mistério a essas substâncias na medida que “tudo” é algo indefinível e imprevisível.

135 Na biologia celular, a pluripotência é a característica atribuída às células-tronco que podem se diferenciar em qualquer outro tipo de célula fetal ou adulta, mas não podem desenvolver um outro organismo, como as células totipotentes.

Tradicionalmente, os hormônios estão relacionados a um conjunto amplo de ações fisiológicas e efeitos farmacológicos, mas geralmente definidos, nomeados e objetivados. Ao trazer a imprevisibilidade, os hormônios escapam da possibilidade de objetivação e se revestem de potência e mistério. Nesse sentido, os hormônios, assim, de maneira geral, aparecem como tecnologias que habitam a tensão de esperança e pavor.

Nesse sentido, as expectativas relacionadas aos efeitos estéticos contribuem para avaliar a relação esperança e frustração dos implantes. As entrevistadas são unânimes em afirmar que os efeitos estéticos — aqui referido como “estilo da beleza” — não são um efeito direto dos implantes, mas exigem, de outro modo, diversas estratégias para a busca dessa finalidade.

Eu digo da minha experiência, porque nesse mundo as pessoas acham que você está com esse corpo porque é muita droga, é muita bomba, claro que é uma droga, muita bomba, ou é devido a um mau implante, nunca eles colocam que é uma dieta, nunca colocam que você faz um treino e que você se priva de muita coisa. Então quando você divulga, eu tenho esse método, ah, é por isso, é assim. Porque quando leem a matéria, eu tenho uma matéria falando do implante que é o estilo da beleza que as pessoas querem ganhar massa magra, muitas pessoas procuram por isso (Entrevistada Cinco).

As mulheres pressupõem que os hormônios estejam associados a expectativa de mágica ou milagre de modificação do corpo, assim, questionam essa expectativa:

acho que pode ser uma ajuda, porque tem a testosterona, o meu por exemplo, tem, mas é um conjunto, você não vai ficar assim se você comer muito doce, se voltar a comer muita gordura e não treinando, imagina, ela não vai fazer milagre, acho que ajuda (entrevistada cinco).

Em algumas falas, bem menos comuns, menciona-se alguns hormônios especificamente, como é o caso a seguir: “O estrogênio baixo, eu tinha uma dor de cabeça todo dia um pouquinho, isso já melhorou”. O estrogênio também foi lembrado por uma das entrevistadas que não gostaria de fazer reposição de estradiol, pois ele estaria relacionado às características “mais femininas”. Nas situações que os hormônios são mencionados, é mais comum se falar sobre a testosterona. A testosterona baixa aparece relacionada a fadiga, falta de disposição, energia, libido e dificuldade de “ganho de massa magra”. A sua reposição, portanto, abarcaria a possibilidade de adquirir todos estes efeitos.

Ainda que estas falas sejam muito menos presentes, elas são notadamente relevantes. Na perspectiva das mulheres, a testosterona não aparece como algo relacionado ao masculino, como podemos verificar na fala dos médicos, por exemplo quando eles disseram “vou dar um pouco de homem para você” ao prescrever testosterona para uma mulher. De outro modo, a testosterona é compreendida como uma substância que é parte da composição biológica feminina, apenas em proporções menores do que aqueles presentes nos homens. As mulheres, inclusive, temem elevar acentuadamente seus índices de testosterona, pois não querem “ficar igual homem”. O estrogênio também é compreendido como parte da composição feminina, enquanto a progesterona não aparece nas falas, simplesmente não é lembrada.

Os hormônios estrogênio e testosterona são substância da materialidade corporal feminina, carregam informações que circulam em diferentes espaços e profundidades do corpo biológico. A sua diferenciação com a biologia masculina se estabelece em termos

de proporção, nas relações entre estrogênio e testosterona. Assim, é possível um quantum de proporcionalidade destes hormônios em cada sexo, mas, isso não significa que exista trânsito fluido nas relações sexo-gênero. As relações sexo-gênero se performam através de um platô hormonal estável cuja balança pode se alterar desde que dentro de limites tacitamente compreendidos. Tais limites se sustentam na apresentação generificada baseada na diferenciação sexual biológica.

As relações entre hormônios como substâncias da composição corporal e objetos farmacológicos hormonais é continuamente indistinta, o que parece contribuir para a consolidação de uma crença de que tais compostos são menos próximos aos medicamentos que habitualmente utilizamos. Tudo ocorre como se falasse sobre tecnologias muito comuns e habitualmente embutidas à trajetória de vida destas mulheres. Elas não guardam relação com os comprimidos comprados na farmácia ou com os medicamentos prescritos em consultório médico, são tecnologias que se incorporam à vida.

Assim, estas substâncias podem confundir concepções e acinzentar fronteiras. Os *hormônios* são o fundamento do corpo instável e oscilante da TPM, ao mesmo tempo, a falta dos mesmos *hormônios* é sentida na menopausa, produzindo outros tantos sintomas, reivindica-se sua reposição. Há uma constante pressão hormonal vinda de dentro que parece desqualificar o corpo biológico, que sinaliza suas insuficiências, intempéries e labilidade. As mesmas substâncias que regem o corpo biológico são as responsáveis pelo seu desequilíbrio, sofrimentos e constrangimentos na busca de uma meta ou um projeto corporal. As queixas e demandas, que se apresentam de maneiras diversificadas, começam a se repetir nos diferentes enunciados: “menstruava rios”, “TPM horrível”, “contracepção”, “sangramento”, “ovários policísticos”,

“endometriose”, “busca de energia”, “massa magra”, “secar”, “libido”, “beleza”, “força”, “disposição”.

No entanto, os hormônios vindos de fora, ainda que sejam derivados dos mesmos hormônios de dentro, estão imiscuídos da técnica hormonal e, deste lugar, podem apontar um objetivo, uma meta, que reposiciona o corpo em direção a potência biológico, pluripotência. O corpo regido pelos hormônios de dentro é o corpo desqualificado, o corpo que se nega, encontrado em estado de “horror ao vácuo”¹³⁶, perplexo diante de suas ausências, estupefato de suas labilidades e devaneios irresolutos. Os hormônios vindos de fora sinalizam a busca por uma eficácia, apontam em uma direção, a um objetivo e se fazem a expressão da vontade de potência.

Não é por acaso que cada vez mais se atribui aos “hormônios” as labilidades afetivas e sintomas emocionais e cognitivos. A baixa da testosterona está associada a quadros depressivos, enquanto o descontrole hormonal característico da menstruação está associado a agressividade e impulsividade: “toda vez que eu estava de mau humor nos meus empregos, os meus chefes sempre perguntam, ‘seu implante está em dia?’ porque sabiam que quando eu passava da época começava a ratar” (entrevistada um).

O que parece estar em jogo em torno da repulsa pelas labilidades, oscilações e contingências do corpo biológico talvez seja a vontade de controle e domínio desse território orgânico que, por mais que se invista tecnicamente sobre ele através de diferentes técnicas — e os hormônios condensam ficções de domínio bastante fortes — , o corpo sempre escapa às dinâmicas de autogoverno. Mesmo assim, quanto mais

136 O “horror ao vácuo” é a expressão que expressa o ideal ascético do ser humano para Nietzsche, que aponta em direção a um lugar, que pode até mesmo ser o nada, já que o ser humano “preferirá ainda querer o nada a nada querer (NIETZSCHE, Friedrich. **Genealogia da Moral – Uma Polêmica**. Lelivros, Kindle Edition, locations 1429-39).

insubmisso, mais se investe em possibilidades de controle através de instrumentos e artefatos sobre o rebelde substrato orgânico de fluidos, moléculas e tecidos vivos.

8.5 Auto-gerenciamento e ética somática dos implantes

A maioria significativa das mulheres busca ativamente os implantes nos consultórios, elas chegam com suas demandas bem explícitas e as apresentam através de enunciados bem articulados. É comum que as mulheres cheguem solicitando uma fórmula específica das substâncias dentro dos implantes que almejam, que pode estar relacionado a um diagnóstico preciso, à busca de um efeito de aprimoramento ou, na grande maioria das vezes, aos dois indistintamente. Quando a demanda está relacionada a uma doença precisa, é comum elas chegarem aos consultórios com os diagnósticos comprovados através de exames realizados por outros médicos e, em parte significativa das vezes, relaciona-se a endometriose. Em algumas situações, elas mencionam que a procura pelos implantes contraria a orientação de seus médicos originais, que os refutam. Em outras tantas situações, a demanda direcionada a busca de um efeito em termos de estética e aprimoramento, geralmente aparece através da indicação de “uma amiga”.

Trata-se de mulheres engajadas com os seus próprios itinerários terapêuticos e performativos de gênero (Butler, 2015), elas tomam para si um reconhecimento moral da sua responsabilidade biológica, procurando ativamente informações, dispositivos

médicos, diferentes recursos para ativamente produzir saúde e gênero em si mesma. Exames médicos, dispositivos tecnológicos, diferentes tipos de terapêuticas fazem parte da sua semântica nas salas de espera que demonstram intimidade com estes objetos técnicos. Elas se interessam e se dedicam a conhecer e se apropriar dos conceitos e inovações nas áreas de saúde, o que é conversado e comentado nas salas de espera. Elas se fazem uma espécie de experts da “própria vida” cujo aspecto fundamental é a possibilidade de constituir os seus autogovernos, que são orientados no sentido de uma busca contínua pela melhoria de seus corpos e de suas capacidades.

Estas mulheres se envolvem ativamente com suas experiências corporais orgânicas, procurando compreendê-las, analisá-las e interpretá-las sob a lógica da biomedicina contemporânea.

agora o que eu comecei a ler para perguntar, eu peguei um livro lá na clínica nos Estados Unidos e eles mandaram para casa em inglês até, e comecei ler sobre a pré-menopausa, assim que eu descobri que eu estava entrando, os sintomas e comecei a ver gente eu tinha tudo isso, e comecei a ficar preocupada (entrevistada dois).

Independentemente se a busca pelos implantes se seguiu a um diagnóstico ou a finalidades de aprimoramento corporal, a compreensão é de que se trata de uma responsabilidade individual direcionada à busca de efeitos, que podem ser enunciados de distintas maneiras, mas orientadas para a melhoria corporal. Em muitas situações, a eficácia do composto farmacológico pode ser apresentada através de expressões como “qualidade de vida” e “saúde”, mas aparecem através da busca por atributos, desejos e habilidades.

Cumpra adentrar alguns aspectos sobre as discussões em torno da noção de *qualidade de vida*. Nesse sentido, Azize afirma que a expressão se tornou “crucial” para o discurso biomédico como amplitude de possibilidade de significados, assim como o conceito de saúde. Segundo o autor, a plasticidade das expressões possibilita ao discurso biomédico “incorporar valores dos grupos que pretende atingir”. Assim, os termos se associam à padrões considerados ideais na cultura ocidental contemporânea, tais como, *autoestima*, *tipo físico*, *longevidade*, dentre outros.

que se formou uma espécie de cultura de qualidade de vida, especialmente no contemporâneo urbano de classe média. Trata-se de uma palavra-chave do cotidiano, com diversas possibilidades de uso. Logo, estamos frente a um campo cultural que vai muito além do uso de certas pílulas (Azize, 2002).

É comum a busca por exames, diagnósticos e intervenções para os seus sofrimentos e desconfortos no mesmo passo em que as noções de “bem-estar” e “qualidade de vida” estão ubiquamente presentes. Os usos das terminologias parecem muito bem situadas na chave de leitura proposta por Azize na dobra entre cultura biomédica e as demandas das usuárias. Se a qualidade de vida não encerra significados, práticas e metas alcançáveis, sua abertura semântica possibilita intervenções contínuas justificadas em termos de saúde. Nesse sentido, *qualidade de vida* cabe muito bem ao apetite insaciável do mercado em saúde, sob os desígnios da racionalidade neoliberal, que cada vez é mais amplo, diverso e oferece possibilidades de tecnologias e substâncias que contribuam para uma saúde melhor do que boa para o sujeito

empresarial continuamente engajado em encontrar novas oportunidades no próprio corpo.

O translado desbloqueado entre “desconforto” e “bem-estar” — noções fluidas e imprecisas — alargam as possibilidades de intervenções sobre o corpo, mas configurados em torno de contínua valorização da vida, do somático e distinção de gênero, classe e raça, produzindo uma ética somática (Rose, 2007) generificada, racializada e classista. E, um passo além, a saúde se torna próxima da noção de satisfação e realização pessoal. Saúde e qualidade de vida se fazem uma forma de vida ética e política, deixando de ser uma possibilidade, tornam-se uma obrigação moral.

Lipovetsky e Serroy (2015) consideram que a busca pela qualidade de vida se tornou a recomposição da ética estética da nossa época, definida como hipermoderna pelos autores. Em suas palavras:

coincide com a demanda sensitiva, cultural, de melhor-viver, de ambiente natural, de patrimônio: tudo menos o desaparecimento dos universos hedonistas, estéticos e sensualistas. Impõe-se uma nova era do bem-estar, marcada por uma demanda qualitativa, cultural e natural de um meio ambiente sensível e harmonioso (Lipovetsky e Serroy, 2015, pp404)

Nessa esteira de análise, a busca da “expansão social da norma da eficiência máxima”, que caracterizaria a época hipermoderna, atingiu centralmente o corpo:

Atesta-o, antes de mais nada, a multiplicação das atividades de forma, de manutenção de si, as ginásticas suaves e aquáticas, mas também o desenvolvimento das talassoterapias, dos spas, das massagens, das saunas, dos banhos turcos, dos banhos californianos, que visam nos fazer sentir melhor, experimentar sensações íntimas, o melhor-estar do corpo. A sociedade contemporânea vê igualmente o sucesso do zen, do ioga, das técnicas de meditação, todo um conjunto de técnicas de recentramento e de

escuta de si. Enquanto se difunde o universo da eficiência e da superatividade, se desenvolve a valorização da qualidade de vida, que significa psicologização e sensualização do bem-estar, experiências sensitivas e emocionais. Uma estética das qualidades sensíveis na contramão da tendência à desmaterialização e descorporização do mundo (Lipovetsky, 2015, pp405).

O corpo se tornou um local privilegiado de encontro da difusão da eficiência e superatividade, como os autores muito bem sinalizam. Para tanto, multiplicaram-se as atividades dedicadas e desenvolvidas sobre ele. Multiplicam-se as terapias e figuras de autoridades dedicadas ao corpo (Rose, 2013), além de, sob a consigna da qualidade de vida, é também importante situar, cada vez mais as práticas éticas, estéticas e de saúde estão próximas e articuladas.

A entrevistada Cinco afirma ter um programa rígido de atividades semanais direcionadas ao corpo. Além de diversos procedimentos estéticos no rosto, que eu não consigo registrá-los, segundo narra:

A parte do rosto, dermatologista, eu vou com frequência. Uma vez por mês. Eu tenho dermato na minha clínica, na clínica do meu marido também, e tem uma dermato que faz a parte de preenchimento, a parte estética por fora, vou todo mês. A drenagem linfática eu procuro fazer toda semana porque eu gosto muito do resultado. As outras de acordo com o meu objetivo na semana, depende (entrevistada Cinco).

8.6 Biossociabilidade dos implantes

As inter-relações empreendidas em torno da contínua busca por saúde e, no campo específico de interesse desta tese, notadamente, através dos implantes hormonais subdérmicos, pode ser compreendida como um tipo de biossociabilidade em que se compartilham receios, esperanças através de práticas e materiais técnicos, como exames, resultados de exames, diagnósticos e práticas estéticas. Aliás, de alguma maneira, isto é afirmado pelas próprias mulheres nas salas de espera: “nós passamos a conhecer todas as pessoas que estão aqui”. A frase está relacionada a média de troca das substâncias mais comumente utilizadas, que ocorre anualmente, assim, as mesmas pessoas são agendadas no mesmo dia ao longo dos anos, coincidindo os seus ciclos de implantes.

Uma mulher comenta que utiliza há 14 anos, outra há 15 anos, uma “caloura” menciona que está apenas há 4 anos. As mulheres podem utilizar os implantes há pouco tempo, “as calouras” ou durante mais de 30 anos. A duração dos efeitos das substâncias varia entre 6 meses e 1 ano, assim sendo, algumas mulheres retornam semestralmente, outras anualmente, porém, pode ocorrer de elas deixarem de utilizar ou espaçarem um pouco mais suas trocas. Quando elas seguem o protocolo mais comum, que é o anual, ainda ocorre um outro efeito que produz uma certa aproximação entre as mulheres, o tempo que elas permanecem no aguardo da consulta “o dia que eu venho aqui já sei que é perdido, eu dou volta no shopping, volto, bato papo, troco as experiências sobre os implantes”. Geralmente, elas aguardam muitas horas entre a consulta e a inserção dos implantes, assim, permanecem horas conversando na sala de espera sobre os mais variados assuntos.

Mas não é apenas o momento compartilhado nas salas que pode caracterizar uma biossociabilidade (Rabinow e Rose, 2006) comum a estas mulheres, o que foi possível

perceber, é que elas também se encontram em outros consultórios médicos, referem-se aos seus médicos com intimidade e trocam novidades a respeito deles nas salas de espera; os laboratórios onde realizam exames geralmente é o mesmo, como identifiquei através das sacolas em que os exames são trazidos aos consultórios. Aliás, elas conversam sobre os exames que realizam com seus respectivos resultados, que podem ou não estar relacionados aos implantes, questionando-se a respeito das ausências de alguns resultados ou sobre as intervenções definidas em cada caso. Em linhas gerais, os exames fazem parte da sua rotina, sendo incorporados aos seus temas de interesse e ao seu vocabulário cotidiano.

Um exemplo interessante sobre o engajamento com os objetos técnicos relacionados à saúde ocorreu durante uma consulta em que uma mulher de 62 anos, usuária de implantes com estradiol desde 2003, chegou prostrada com olhar taciturno, a postura pesada pendia sobre a mesa, segurando a cabeça com a mão direita, apresentou diversas queixas, sendo as principais “magreza e libido zero”. O médico fez o gesto de solicitação do resultado de exames, que ela trazia e, subitamente, sua postura se alterou drasticamente: “adoro fazer exame de sangue, eu me sinto tão energizada, acho que dá uma renovada”. Seu semblante se abriu, suas palavras reverberavam a energia que ela referia, como se ela estivesse fazendo os exames naquele momento. A partir de então, ela se tornou verborrágica, gesticulava através de movimentos rápidos, mencionou que fez enxerto de gordura no rosto e que estava namorando um garoto de 32 anos ao mesmo tempo em que ela nos mostrava a foto que comparava o resultado do procedimento estético facial através de uma imagem de “antes”.

Nas salas de espera é comum este compartilhamento de interesses em objetos farmacológicos, intervenções, exames e novidades a respeito de tecnologias médicas.

Em grande parte das vezes, há troca de informações e sugestões a respeito dos próprios exames laboratoriais que serão apresentados ao médico no mesmo dia, suplementos vitamínicos, assim como os diversos procedimentos estéticos realizados pelas mulheres — cirurgias plásticas, unhas, clínicas estéticas, produtos cosméticos, substâncias hormonais. Aliás, as conversas se constituem em um continuum de interesses comuns, que parece ir expandido o universo de relações em torno de objetos farmacológicos e estéticos, que fazem parte das mesmas trajetórias existenciais de grande parte destas mulheres. Através de suas falas, não ocorre separação explícita entre as intervenções que estariam relacionadas à estética ou à saúde, tratam-se de intervenções direcionadas à vida.

Estas mulheres também conversam sobre viagens com destaque a destinos exóticos, além de hobbies e hábitos excêntricos de consumo, que possivelmente fazem parte do seu interesse comum. Não me pareceu inusitado que elas possuam tantos interesses e práticas compartilhadas. Afinal, são mulheres de camadas médias-altas de regiões metropolitanas brasileiras. A maior parte das mulheres que usam os implantes reside em regiões metropolitanas, notadamente, São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Belo Horizonte, Porto Alegre, Salvador. De todo modo, existem mulheres de outras cidades, em menor quantidade. No trabalho de campo, encontrei com mulheres que residiam no Rio de Janeiro, São Paulo, Brasília e Porto Alegre. Meu cenário de pesquisa ficou mais circunscrito à região sudeste e Salvador.

Conforme mencionado, a maioria delas chegou ao consultório através de indicação de amigas: “Eu procurei a questão do implante por causa de uma amiga, ela já tinha colocado e havia me falado que ficou um período sem menstruar e que era outra vida. Eu gostei muito da experiência que ela me passou” (Entrevistada seis).

Diferentemente, uma outra característica comum me deixou absolutamente instigada, muitas mulheres usuárias dos implantes são médicas ou casadas com médicos, o que evidenciou um tipo de padrão que se repetiu ao longo da pesquisa.

As mulheres que encontrei durante a pesquisa, seja nas entrevistas individuais ou nas conversas informais, procuram cada vez mais tipos de práticas terapêuticas corporais diversificadas, seus corpos estão abertos às múltiplas intervenções, desde cirurgias plásticas, orientação nutricional, suplementos alimentares, massagens, intervenções estéticas, mas também em práticas direcionadas à mente, como meditação, *mindfulness* e outros tipos de terapias *psi*. Ao mesmo tempo, pude perceber que existe um perfil de mulheres cuja principal e exclusiva ocupação se tornou o corpo, assim, sua dinâmica produtiva se concentra no próprio corpo. Tais mulheres se dedicam às práticas corporais de si mesmas através de diferentes estratégias, como é o caso da entrevistada cinco, que me relata sua rotina diária que inclui “treinar” durante 2 horas todos os dias, cuidar de sua alimentação, além de desenvolver outras atividades estéticas, conforme mencionado.

O corpo se tornou “um laboratório público” e, ao mesmo tempo, um objeto de *design* aparece como um substrato a ser modificado sob a fantasia do domínio de si. Nesse sentido, a biomedicina da Elmeco articula a desconfiança sobre o corpo — que é a desconfiança de si —, um corpo que é rascunho para a tecnologia e um corpo decepcionante e insuficiente, um acessório que, potencialmente representante de si, carece de modificação e alteração com o intuito de “torná-lo conforme à ideia que dele se faz” (Le Breton, 2013, pp.22).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs a apresentar a vida social dos implantes hormonais subdérmicos produzidos por uma empresa de manipulação de medicamentos denominada Elmeco. A Elmeco é uma empresa fundada nos anos 1990 pelo, então, médico, pesquisador e professor da Universidade Federal da Bahia, Elsimar Coutinho. Implantes hormonais subdérmicos têm sido produzidos de maneira industrial e comercializados por grandes indústrias farmacêuticas multinacionais, como é o caso o Implanon® do laboratório Organon, comercializado atualmente no país. Entretanto, o interesse desta pesquisa se direcionou ao conglomerado fármaco-político que se constituiu em torno do tipo particular de implante subdérmico, produzido de maneira manipulada, cuja existência é exclusivamente brasileira.

Com esta finalidade, considerei relevante recuar alguns anos e situar a ascendência comum dos diferentes tipos de objetos técnicos hormonais que atualmente circulam em âmbito global. Esta trajetória se iniciou no início do século XX com a instituição dos hormônios sexuais como substâncias que explicariam o funcionamento do organismo biológico, através da noção de mensageiros químicos e, ao mesmo tempo, como objetos para intervenções farmacológicas sobre o corpo (Bonan *et al*, 2017; Dias *et al*, 2018; Oudshoorn, 1994; Rohden, 2008).

É interessante observar que o processo de consolidação do modelo dominante de funcionamento hormonal biológico do corpo — que Rohden (2008) define como “reinado do corpo hormonal” — ocorreu ao mesmo tempo em que os diversos tipos de preparados hormonais foram sendo manejados para os mais diversos objetivos. No Brasil, desde o início do século XX, diferentes tipos de extratos hormonais, baseados

nos hormônios sexuais, foram utilizados para as mais variadas finalidades, desde distúrbios menstruais, infertilidade, menopausa, frigidez, perturbações nervosas, senilidade, obesidade, angina, espasmos arteriais, impotência sexual, dentre outras (Bonan *et al*, 2017; Rohden, 2008).

Com a autorização para a comercialização da pílula hormonal contraceptiva, no início da década de 1960, nos Estados Unidos, o mercado das terapias hormonais, agora sob a produção manufaturada da indústria farmacêutica, tornou-se mais pujante e vigoroso sob a forma de um produto direcionado à contracepção. Com finalidade de evitar protestos morais e, ao mesmo tempo, assegurá-la como produto destinado à ampla circulação e comercialização mundial, o processo de desenvolvimento da pílula contraceptiva envolveu a fabricação de uma simulação orgânica que Preciado (2008) definiu como um tipo de “*bio-drag*”, ou seja, um travestismo somático que se propunha a manter o sangramento mensal com a finalidade de mimetizar os ciclos fisiológicos femininos. Desde então, a indústria farmacológica entrou definitivamente na era hormonal, sendo a pílula contraceptiva um dos objetos farmacêuticos mais utilizados na história da humanidade.

Cumprindo ainda destacar que, nos mesmos anos 1960, os Estados Unidos adotaram políticas de controle populacional direcionadas aos “países subdesenvolvidos”, o que contribuiu decisivamente para o incremento das terapias hormonais contraceptivas no mundo. Através de diferentes entidades, diante deste cenário biogeopolítico, foram realizadas diversas pesquisas com a finalidade de desenvolver novos modos de administração de contraceptivos. Através de um consórcio científico-político, coordenado nos laboratórios do Population Council, foi estruturada uma força-tarefa para a elaboração de uma tecnologia de longa duração, liberação contínua, elevada

eficácia e que não exigisse a tomada diária, característica dos medicamentos orais (Pimentel *et al*, 2017). Assim foram fabricados os implantes hormonais subdérmicos — que são classificados farmacologicamente como “via periférica” de administração de substâncias — como considerados portadores da *técnica ideal* para o perfil de usuárias que almejavam atingir, qual seja, mulheres pobres em países subdesenvolvidos.

A vida social dos hormônios sexuais contou como uma relevante base experimental, na medida em que a estabilização destas substâncias químicas como possibilidades terapêuticas envolveu centralmente práticas de pesquisas que se sustentavam em objetos, instrumentos, aparelhos, pesquisadores e, essencialmente, corpos de mulheres. As práticas de pesquisas com os hormônios não se propuseram somente ou principalmente revelar dados da natureza feminina. Ao contrário, conforme aparece no universo estudado nesta tese, as experimentações com os hormônios, com sua proliferação de técnicas e objetos, ensejaram saberes e práticas que foram fundamentais para a fabricação do corpo hormonal sexualizado. Em outras palavras, as pesquisas se constituíram processos de construção tecnológica do corpo através dos quais os diferentes elementos orgânicos — hormônios, o sangue, os tecidos e até mesmo as moléculas — “fabricam uma nova aparência da natureza” (Preciado, 2008).

Pesquisadores brasileiros participaram de diferentes tipos de experimentações com hormônios, conforme situei no primeiro capítulo da tese, mas a trajetória dos implantes hormonais, de modo mais específico, contou com um relevante protagonismo brasileiro. Neste sentido, a trajetória de Elsimar Coutinho foi destacada por dois motivos: primeiro, no contexto inicial de desenvolvimento dos implantes hormonais, no consórcio de cientistas do Population Council, ele foi um dos pesquisadores com maior projeção internacional; em segundo lugar, Coutinho foi o responsável pela criação da

Elmeco, que não é somente mais uma empresa produtora de implantes hormonais subdérmicos, mas uma experiência instituinte de novos discursos, práticas e modelagens tecno-políticas do corpo hormonal.

O encontro entre as trajetórias de Elsimar Coutinho e das pesquisas internacionais na área de reprodução e sexualidade consolidou o país como um campo de experimentação e desenvolvimento de intervenções hormonais. A partir deste encontro, Coutinho arquitetou caminhos para a circulação dos hormônios sexuais no Brasil, seus modos de encontro e sua porta de entrada nos corpos: uma via de acesso periférica, a pele, e seu alojamento na subderme, por intermédio dos implantes.

Como professor universitário na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, desde os anos de 1960, Coutinho contou com a estrutura da instituição, incluindo uma maternidade com úteros de mulheres grávidas a seu dispor, como ele mesmo destaca reiteradamente em suas narrativas. Antes disso, o mesmo circuito científico de Salvador havia disponibilizado úteros de macacas grávidas para as pesquisas internacionais na área de reprodução, o que certamente contribuiu para a constituição inicial de um circuito de práticas de pesquisas, que posteriormente serviu às pesquisas com mulheres.

A disponibilidade de corpos de mulheres na maternidade-escola de Salvador para a experimentação dos objetos biomédicos hormonais parece ter sido decisiva para a trajetória dos implantes hormonais subdérmicos no Brasil. Coutinho desenvolveu pesquisas em diferentes partes do corpo e dos processos reprodutivos femininos, partindo dos úteros gravídicos, passou pelos ovários e pela fisiologia da trompa — neste caso, observando o transporte ovular — e chegou, finalmente, através da medroxiprogesterona, às pesquisas centradas nos contraceptivos (Coutinho, 2014;

Manica, 2009) , destinados à busca por efeitos benéficos eficazes para estas substâncias. Ao encontrar o efeito contraceptivo na medroxiprogesterona, ocorreu uma expansão do olhar e das práticas anteriormente centradas exclusivamente nos órgãos reprodutores e genitais. O pesquisador, então, busca os efeitos dos hormônios nas mais recônditas espacialidades e performances corporais. A ênfase das pesquisas se direciona à identificação e busca de eficácias para os objetos farmacológicos: tudo se passa como se aquilo que os objetos hormonais podem causar efeitos positivos no corpo. Por exemplo, a amenorreia, antes considerada um dilema para o lançamento das pílulas contraceptivas, projeta-se como uma finalidade esperada. Neste ínterim, foram experimentadas diversas substâncias hormonais administradas através da “via periférica” ou “via alternativa”.

Em suas pesquisas, mais do que “drogas em busca de doenças”, os hormônios farmacológicos, sob a condução de Coutinho, estiveram sempre em busca de um corpo a atuar, um corpo a intervir, um corpo que é sexualizado e generificado. O corpo das mulheres escrutinado nas pesquisas desenvolvidas no circuito de Salvador é o corpo a que se introduz objetos, instrumentos e máquinas, seja pela via vaginal ou epidérmica. A sexualidade feminina ou o corpo sexualizado das mulheres é atravessado e penetrado pela técnica hormonal de modo que o próprio corpo se faz o biotecnohormonal, um tipo de produção corporal farmacológico que, ao mesmo tempo, customiza projetos somáticos de feminilidade.

Eu procurei delinear, no segundo capítulo da tese, que o encontro entre Elsimar Coutinho e as vias periféricas de administração de hormônios deslocou simetricamente ambas trajetórias. Do lado dos implantes hormonais, sob o engajamento de Coutinho, eles puderem encontrar outros circuitos, corpos e efeitos farmacológicos. Através dessa

relação, os subdérmicos chegaram às suas formas e apresentações empresariais-midiáticas-tecnológicas que os batizaram “chip da beleza”. De outro lado, através dos implantes, Coutinho se consolidou como pesquisador internacional, referência na área de sexualidade e reprodução da Organização Mundial de Saúde e, por fim, tornou-se um empresário da área de saúde e um médico de celebridades. A associação entre Coutinho e os implantes hormonais subdérmicos ultrapassou suas intenções de origem, alçadas nas finalidades biopolíticas de controle populacional — típicas das agências internacionais de população dos anos de 1960 e 1970 —, e os projetaram para outros espaços, normativas e relações políticas.

Durante a década de 1980, a criação do CEPARH foi significativa para as mutações empreendidas nas relações público-privadas, empreendidas através dos implantes hormonais subdérmicos. O CEPARH foi construído como uma perspectiva de garantir maior “autonomia” aos projetos científicos de Coutinho, garantindo financiamentos e práticas de pesquisas sem as excessivas regulamentações universitárias. Muito além, o centro de reprodução humana possibilitou aos implantes um maior intrincamento entre projetos acadêmicos e planos empresariais, que na próxima década se tornarão os caminhos preferenciais de circulação destas técnicas.

A Elmeco foi criada em 1993 como uma empresa de manipulação de medicamentos. Com relação à prática de manipulação de medicamentos, ao longo da pesquisa, encontrei dois discursos dominantes: de um lado, a produção magistral seria o retorno da forma tradicional de produção de medicamentos, uma espécie de humanização da produção; de outro, um discurso muito proferido nos espaços da Elmeco, que a legislação brasileira seria um modelo para as farmácias magistrais no mundo. Em minha pesquisa, a Elmeco aparece como um tipo de laboratório ampliado,

onde se produz medicamentos de maneira magistral, que, de fato, muita se assemelha à produção artesanal e, ao mesmo tempo, atualiza alguns aspectos da produção tradicional de medicamentos. Mais do que isso, a Elmeco se constitui como um laboratório de inovações empresariais, na medida que possibilita um arranjo normativo que constrói as condições para a comercialização destes produtos, técnicas e de imaginários de corpos em consultórios privados em grandes centros urbanos no país. A Elmeco é um arranjo empresarial que possibilita a existência de uma rede assistencial de saúde centrada nos implantes e, ao que tudo indica, só é possível através do modelo de farmácia magistral. Desde esta empresa é possível inserir substâncias androgênicas importadas de outros países através de uma via alternativa nos corpos das mulheres brasileiras, um arranjo técnico-político tipicamente local. A produção magistral também possibilitou a constituição de um tipo de rede pedagógica empresarial local de prescritores, profissionais e usuários dos implantes hormonais subdérmicos.

A Elmeco se mostrou um campo pujante de observação e análise. Um tipo de empresa do setor farmacêutico, ela se situa dentro da intrincada dinâmica de modificações do mercado de saúde no Brasil. A empresa afirma em suas próprias palavras que impera a cultura de colaboração entre ela e o Estado, quando situa as boas relações que desenvolve com a ANVISA. É ainda mais interessante a sua afirmação de que a ANVISA estaria aprendendo com a empresa, o que expressa o tipo de pensamento imbuído nas dinâmicas empresariais na contemporaneidade que têm afirmado a “cultura da colaboração” e reforço mútuo entre público e privado (Mattos, 2018). Fato é que a Elmeco me pareceu um bom exemplo para estudar modificações no mercado e nas práticas de saúde no país que podem caracterizar como em nosso meio se dão aqueles processos que Clarke et. al (2003) designaram como “biomedicalização”. As mutações

evidenciadas através de sua trajetória se ancoram em diferentes transformações políticas, econômicas, sociais e culturais que são co-constituídas e envolvem: a expansão do complexo biomédico público e privado; o foco na busca por saúde, otimização e aperfeiçoamento individual e na elaboração do risco e vigilância biomédica; a natureza tecnocientífica das práticas e inovações da biomedicina; as transformações da distribuição e o consumo e as respectivas transformações do corpos de forma a incluir novas propriedades e a produção de novas identidades individuais e tecnocientíficas.

Com a criação da Elmeco, os implantes iniciam circulações sociais em outras espacialidades. Desde esta produção artesanal, sob medida para cada usuária, em pequena escala, agora, eles circulam através de clínicas particulares de implantes, predominantemente em grandes centros urbanos, em corpos de mulheres das camadas mais altas da sociedade brasileira pelas mãos de médicos “que fazem de tudo um pouco”. A sua circulação predominantemente urbana acompanhou as modificações das grandes cidades brasileiras. Assim, os principais consultórios privados através dos quais os implantes produzem suas cartografias existenciais são um tipo de expressão do percurso de privatização dos espaços públicos nacionais. Trata-se de espaços privados de uso coletivo, delimitados por muros e dispositivos de segurança, que expressam as novas dinâmicas de segregação, discriminação social e fragmentação do espaço público na contemporaneidade.

Os interiores destes espaços, muito bem demarcados, são constituídos por discursos auto referenciados, que protegem as pessoas que por ali circulam e, sob a atmosfera de exclusividade, blindagem, sigilo e privacidade, os implantes se tornam signos de distinção, exclusividade e, consubstanciados aos atributos hormonais

androgênicos, associam-se à potencialidade de conferir poderes especiais sobre a biologia dos corpos que com eles circulam desde a interioridade dos substratos orgânicos até as salas privadas dos “enclaves fortificados”.

Diferentemente dos medicamentos orais, as clínicas concentram a maior parte da vida social destes objetos biomédicos. Dentro destes espaços ocorrem a prescrição, a venda, o acesso e o início de sua metabolização, que se trata do encontro da substância com o seu destino final de existência: a busca por efeitos benéficos eficazes no corpo. No caso dos medicamentos orais, tradicionalmente, ocorre a separação espacial entre a prescrição, a venda/acesso e o consumo dos produtos. Diferentemente, o percurso assistencial dos implantes se encerra nos interiores destas clínicas privadas onde se realizam a consulta, a prescrição, a compra e o acesso aos produtos, além de sua inserção e/ou retirada. Pelas palavras de um médico que acompanhei, ele situa bem as pretensões imbuídas na rede assistencial que se articula em torno dos implantes ao comentar com a paciente: “você sai daqui pronta”.

É importante sublinhar que os implantes hormonais subdérmicos são produzidos por uma empresa de manipulação de medicamentos, cuja possibilidade de acesso ao objeto farmacológico se faz através do pagamento direto pelo produto. Neste sentido, como a tecnologia traz consigo todo o enredamento assistencial, o que se pode observar mais minuciosamente é que a vida social dos implantes hormonais subdérmicos produz uma rede assistencial hormonal e empresarial que, por sua vez, enseja regimes prescritivos que customizam corpos e formas de vida.

Dentro das clínicas é possível distinguir três pontos assistenciais desta rede: a sala de espera; as salas de consulta médica individual e as salas de procedimento. Nas salas de espera ocorrem as trocas entre as próprias mulheres, sem a mediação direta de

um profissional de saúde. Nestes ambientes, de maneira informal — se é possível apresentar essa caracterização para mulheres que estão continuamente maquiadas, com unhas e depilação rigorosamente delineadas, vestidas com roupas alinhadas e adequadas à moda da respectiva estação —, através de códigos comuns, as usuárias trazem uma perspectiva sobre seus corpos. Neste sentido, as conversas se centram no corpo-organismo-objetivo abordado através de imagens laboratoriais e dados bioquímicos. Sob a dominância da perspectiva bioquímica digitalizada, em suas falas, os corpos se tornam visíveis, objetivados através de dados dinâmicos e transitórios, que podem ser continuamente modificados através das substâncias hormonais.

As salas de consulta médica são o local precípua de encontro e comunicação entre médico e paciente, onde se procederá o passo decisivo para a existência dos implantes, a prescrição médica. As necessidades enunciadas pelas pacientes são muito variadas, mas necessariamente abarcam um dos dois sentidos — cura de uma patologia estrogênio-dependente e/ou intervenção hormonal para a gestão da sexualidade — sempre associados a um outro sentido, os efeitos androgênicos. Nestes lugares, os exames físicos são dispensáveis e tomam seus lugares os elementos técnicos através dos quais o corpo é evidenciado e manuseado: os mesmos exames de imagem e laboratoriais, abordados pelas mulheres nas salas de espera, além dos implantes hormonais subdérmicos. O epicentro da semântica e semiótica dos consultórios médicos se fundamenta nos exames e nos implantes. A racionalidade engendrada no interior destes consultórios articula visualização, intervenção e demanda através de técnicas biomédicas destinadas à modificação do corpo hormonal. A ênfase prescritiva se estabelece em torno da disponibilidade dos implantes, que depuram as relações que ali se estabelecem e nucleiam as demandas, as expectativas, os diálogos e as intervenções.

É importante sublinhar que a racionalidade prescritiva é centrada em usuárias-consumidoras através do “modelo de cafeteria” (Oudshoorn, 1996) onde os desejos destas usuárias são abordados através de uma cultura de mercado e consumo (Rose, 2013). A linguagem estabelecida durante as consultas médicas é sustentada por noções de “demanda”, “desejo”, “benefícios” e “riscos”, que podem sutilmente operar deslizamentos entre economia, biologia, farmacologia e formas de governar a vida. As consultas são uma parte dos diferentes tipos de negociações de projetos somáticos que as próprias mulheres conduzem ao longo de suas vidas. Neste transcurso, elas recorrem a diferentes tipos de tecnologias comercializadas por diversas empresas no sentido de superar limites e encontrar oportunidades para seus próprios corpos, que se ensejam um tipo de plano de negócios. As novas oportunidades somáticas transitam entre diferentes técnicas empresariais farmacológicas, estéticas e sexuais, mas, no caso das imbricações corpo-objeto ensejadas através dos implantes hormonais subdérmicos, as novas oportunidades são intervenções farmacológicas que, espera-se, produza efeitos eficazes a partir dos androgênios.

Conforme enunciei no capítulo 6, a disponibilidade dos implantes hormonais subdérmicos institui as relações entre queixas, demandas e imaginários farmacêuticos na perspectiva de aprimoramento corporal. Ainda que se possam existir queixas sintomáticas e necessidades específicas, como a demanda por um método contraceptivo, o epicentro das expectativas no interior das consultas médicas se funda nos imaginários farmacêuticos androgênicos, em termos de aprimoramento corporal, dos implantes hormonais subdérmicos. Assim, espera-se que tais objetos técnicos assegurem a contracepção, mas, muito além disso, que eles garantam eficácia biológica em torno dos efeitos androgênicos esperados — conforme encontrado na pesquisa, estes imaginários

se sustentam em termos como *libido, disposição sexual, disposição para malhar, ganho de massa magra, emagrecimento, energia e gás*.

Na sala de procedimentos, ocorre o procedimento microcirúrgico, onde se inicia a última fase de vida dos implantes hormonais subdérmicos. Sob a pele, corpo e objeto se tornam híbridos farmacobiológicos em busca de sua finalidade de existência: a busca por uma eficácia biológica benéfica. Nesse sentido, o modo de administração é fundamental. Ao ser inserido na tessitura epidérmica, torna-se um mesmo substrato indiferenciado, ao mesmo tempo orgânico, plástico e químico, que, agora, faz-se um corpo tecnológico se direcionando conjuntamente às novas potencialidades tecno-orgânicas.

A técnica farmacológica perfurante permite o acesso ao corpo, assim como permite sua exploração e manuseio farmacológicos. Este conglomerado heterogêneo, que podemos pensá-lo através da figura mítica do ciborgue (Haraway, 2013), é o corpo-organismo farmacologizado. Não se tratam mais de duas estruturas separadas, organismo e fármaco-química, mas de um mesmo substrato comum que borra fronteiras previamente imaculadas: entre orgânico e inorgânico, natural e artificial, natureza e cultura, profundidade e superfície, corpo e política. Ao transgredir essas fronteiras, o ciborgue pode abandonar tais categorias e pensar politicamente em outras possibilidades de fusões, conforme Haraway nos convida a pensar: “Estou argumentando em favor do ciborgue como uma ficção que mapeia nossa realidade social e corporal e também como um recurso imaginativo que pode sugerir alguns frutíferos acoplamentos” (Haraway, 2013, pp. 37).

É importante sublinhar que o ciborgue constituído não se resigna em permanecer em um estado vital determinístico e fragmentário, ele reivindica uma virtualidade

orgânica sob o imaginário da eficácia biológica androgênica. Neste sentido, é possível evidenciar que os implantes hormonais subdérmicos da Elmeco se constituem tecnologias de esperança androgênicas que operam a possibilidade de criar instantaneamente formas de vida, que, sob as insígnias do mercado e consumo, trariam potencialmente satisfação imediata a estas consumidoras. Ao perfurar as tessituras biossociais e políticas e confundir suas fronteiras, estas tecnologias de esperança injetam através de vias periféricas seus efeitos de estimulação e excitação — categorias que podem subsumir o conjunto de expectativas androgênicas explicitadas durante a pesquisa, notadamente, “disposição”, “energia”, “gás”, “libido”.

As metáforas mecânicas de descrição do corpo anatômico fragmentado não são suficientes para compreender o organismo que aqui se apresenta, assim como a “biologia do profundo”, baseada em sistemas vitais fechados de retroalimentação, são incapazes de acompanhar as confusões de fronteiras apresentadas pela figura mítica constituída pela Elmeco. As metáforas que podem contribuir para descrição das novas tessituras biopolíticas que se constituem com os implantes da Elmeco se valem de outra fonte de energia. A biologia que aqui se enseja é inspirada nos paradigmas eletrônicos e digitais, formada por elementos heterogêneos — desde carne, sangue, moléculas, substâncias químicas, fluxos, plásticos, próteses — que modelam as matérias vivas conjuntamente. O corpo orgânico ciborgue farmacoquímico e empresarial é um tipo de dispositivo eletrônico e autopoietico, continuamente aberto às possibilidades do mercado, que almeja um estado vital constantemente ativado, com “energia” e “disposição”, para um funcionamento contínuo, sem “oscilações hormonais”.

Não por acaso, os implantes hormonais subdérmicos produzidos pela Elmeco receberam nos meios de comunicação a alcunha de “chip”. O circuito integrado, chip,

originalmente é um circuito eletrônico que é composto por muitos componentes interligados gravados em uma lâmina de silício e capazes de desempenhar diferentes funções, podendo funcionar de maneira integrada, controlando uns aos outros, o que possibilitou o desenvolvimento da computação moderna. As dimensões são reduzidas, mas possuem a equivalência de milhares de componentes eletrônicos em sua constituição interna. Assim, suas principais vantagens são: custo, desempenho e estabilidade. O sentido evocado pelo uso da caracterização de “chip” é o de um dispositivo microeletrônico cujas dimensões são extremamente reduzidas, com baixo custo e capacidade de desenvolver múltiplas tarefas com alto desempenho e potencialmente comandadas à distância.

A alcunha midiaticizada proposta para estes pequenos fármaco-políticos é ainda mais precisa, diversas revistas os denominaram “chip da beleza” ou “chip da força” acentuando os resultados benéficos esperados para estes dispositivos. Na sutilidade desta caracterização, pode-se apreender que o imaginário produzido sobre os efeitos desta farmacologia é de que, desde a atuação molecular eletrônica, incidiria-se sobre a carnalidade e a superfície corporais. De fato, o corpo, desde esta concepção aparece como um aplanado aberto aos múltiplos e heterogêneos manejos bio-eletrônico-midiático-empresariais que customizam o corpo fármaco-biológico-eficaz da biomedicina contemporânea empresarial brasileira.

A vida social dos implantes hormonais subdérmicos produzidos por uma empresa contribui para observar as diferentes dinâmicas co-extensivas através das quais se produz atributos na relação objeto-corpo-usuária. Os atributos valorizados na circulação dos implantes hormonais subdérmicos incluem as atitudes enérgicas, produtivas e vibrantes, o que, em partes, assemelha-se ao que Martin (2006) apresenta

ao analisar o mercado norte-americano. Assim como a autora também caracterizou em seu estudo, as propagandas farmacêuticas e de laboratórios têm atribuído qualidades, características e personalidades aos seus produtos que poderiam ser incorporadas por aquelas e aqueles que os utilizam. Assim, ocorre um processo de deslizamentos de atributos entre o produto e usuária/usuário.

Uma parte interessante da pesquisa foi observar as redes sociais da Elmeco, *Facebook* e *Instagram*. Uma mensagem bastante pujante apresenta a usuária como a “guerreira que se cuida” enquanto outra divulgação simplesmente afirma “efeito colateral: beleza”. Ao colocar as duas mensagens dentro da esteira de análise proposta por Martin (2006) sobre os deslizamentos de atributos e personalidades entre usuária e objeto, podemos destacar que a usuária-guerreira também é portadora de beleza, o que se torna possível através do uso de implantes. Assim, além dos atributos de energia, vigor, produtividade, funcionamento contínuo, a usuária dos implantes é forte, corajosa e bela.

Ao longo de toda a circulação dos implantes, foi também interessante observar os deslizamentos entre as personalidades e atributos das usuárias e dos objetos. Ao destacar as particularidades das noções distintivas dos implantes em torno da exclusividade, praticidade, eficácia, funcionamento contínuo, excitação e estimulação a interrogação que se coloca é se tais características dizem respeito ao corpo ou ao objeto, da usuária ou do implante? Nesse sentido, as particularidades se fazem signos que não marcam apenas os objetos mas toda a rede dos implantes. De certo modo, as usuárias e os médicos prescritores incorporam os mesmos atributos distintivos destes produtos caros e exclusivos, que circulam em espaços de iguais demarcados por muros, sigilo e proteção. As novas tessituras constituídas por essa biotecnologia produzem novas fronteiras biopolíticas que operam a abertura contínua dos corpos às atuações de novas

farmacologias empresariais. Ao fazê-lo, produzem outras fragmentações e hierarquias sociais de classe e raça.

Conforme situei, procurei observar a circulação dos implantes hormonais dentro da problemática das tecnologias de aprimoramento corporal. Nesse sentido, uma chave relevante que se abriu foi compreender este processo dentro de uma mutação biopolítica delineada pela razão neoliberal que constitui a dimensão antropológica do sujeito empresarial. Neste sentido, o corpo orgânico se tornou manuseado através das normas e atributos típicos do funcionamento do mercado, que direcionam o corpo sempre no sentido encontrar novas oportunidades de lucro. As novas oportunidades de lucro, sob os auspícios das tecnologias hormonais farmacológicas, estão no próprio corpo orgânico sexualizado, um substrato de potencialidades incalculáveis de novos cultivos para o mercado. Sob a ética empresarial e desde as vias periféricas de administração de hormônios, o corpo eficaz sexualizado excitado ativado e belo está continuamente dinâmico e aberto às diferentes possibilidades de acúmulo do capital.

Sob a razão neoliberal, o sujeito e o Estado são reposicionados pela mesma racionalidade de gestão das empresas, em direção às mesmas regras de concorrência e eficácia a que estão submetidas as empresas privadas e se fazem uma “unidade produtiva” como qualquer outra no interior de uma vasta rede de poderes político-econômicos submetidos às mesmas normas da governança global neoliberal” (Dardot e Laval, 2016, pp. 277). As regras do funcionamento concorrencial se tornam a maneira através das quais as pessoas se relacionam umas com as outras e consigo mesmas, pois elas se tornam o fundamento próprio da vida em sociedade, “movidos pelo espírito empresarial” (Dardot e Laval, 2016).

A vida social dos implantes hormonais subdérmicos produzidos pela Elmeco abre discussões que contribuem para refletir a respeito da racionalidade que governa nossas subjetividades e corpos na contemporaneidade no Brasil. Os hormônios sexuais iniciaram sua existência como mensageiros químicos que regiam o funcionamento corporal, difundiram-se e circularam como extratos destinados às mais variadas finalidades, até chegarem a sua conformação como tecnologia contraceptiva. Hoje, por meio dos implantes subdérmicos, os hormônios sexuais se lançam para além dos usos considerados legítimos cientificamente — contracepção e reposição hormonal na menopausa — e se abrem às outras possibilidades terapêuticas para esses medicamentos. Em espacialidades protegidas e sigilosas, transitando entre o legal e ilegal, o regulado e não regulado, os implantes hormonais atraem para os consultórios médicos particulares de grandes centros urbanos mulheres interessadas em usar substâncias androgênicas.

A mensagem “você sai daqui pronta” situa a problemática radical destes objetos técnicos que estudei ao longo destes últimos quatro anos. A feminilidade aparece como um programa a ser continuamente customizado através dos objetos técnicos que produzem uma performance de gênero (Butler, 2015) através dos seus elementos microprotéticos. Sob os auspícios dos elementos microprotéticos dos implantes hormonais subdérmicos da Elmeco produzem e reproduzem um gênero feminino heterossexual, de uma classe distinta, exclusiva, vibrante e cheia de energia, que pode ser transferido e comercializado.

Para Rohden (2007), o corpo feminino brasileiro que, sob o olhar biomédico foi instituído como o corpo do “excesso”, que deveria ser retificado pela castração do ovário, posteriormente, seguiu em direção à representação do corpo da “falta”, que

deveria ser tratado pelas secreções hormonais. A manipulação empresarial de hormônios sintéticos através de uma via periférica — a subdérmica — delinea um novo deslocamento na compreensão do corpo feminino, mas não de todos os corpos: os corpos de mulheres de classes privilegiadas, colocados em fluxo contínuo de excitação e estímulo, ativados, estáveis, fortes e belos.

Sem os implantes hormonais, o corpo é oscilante e menstrual, potencialmente ineficaz e contaminado (pelas toxinas do sangue menstrual), um corpo desqualificado, perplexo diante das suas labilidades e irresolutividade — esse é o corpo das mulheres subalternas, numa perspectiva neoliberal que torna precária a vida e a saúde das populações periféricas ao seu centro de poder e consumo. Os implantes hormonais, depositados diretamente pela via periférica, trazem a sinalização farmacológica-midiática-biológica-empresarial em direção a uma eficácia, aquela que possibilita atividade constante e energizante, auto-controlável, a matéria prima da ordem produtiva capitalista contemporânea, segundo afirma Preciado (2008).

Através da análise da trajetória dos implantes, é possível delinear um processo comum de farmacologização de habilidades e atributos ou, mais do que isso, a farmacologização hormonal empresarial da biologia feminina, que nos convida a refletir sobre o processo de empresariamento da produção de objetos biomédicos e, ao mesmo tempo, o empresariamento de si. Assim, é possível também discernir um novo tipo de governabilidade do ser vivo que envolve uma interface tecno-orgânica de gestão global do corpo desde “dentro” e que envolve mecanismos de controle e excitação contínuas. Estes mecanismos são processos de fabricação de uma feminização fármaco-neoliberal contemporânea cujos corpos se programam técnicos integrados às formações, estruturas e organismos políticos mais amplos. Os implantes hormonais subdérmicos podem ser

compreendidos dentro de um regime bio-fármaco-empresarial que customiza projetos somáticos de feminilidade sustentado em hierarquias hormonais, atualizando dinâmicas segmentadas hierárquicas de classe e raça, redimensionando a amplitude da epiderme e dos muros sociais, técnicos e orgânicos.

REFERÊNCIAS

Abraham, John. Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. *Sociology*, V.44, N 4, August 2010.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007. disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-67-de-8-de-outubro-de-2007>.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

APPADURAI, A. Introdução: mercadorias e políticas de valor. In: *A vida social das coisas: as mercadorias sob uma perspectiva cultural*. Niterói: Ed. UFF, 2008, p. 15 – 88.

Alves, Andréa Moraes. Cidade de muros: crime, segregação e cidadania em São Paulo. *Mana*, 8(1), 213-215, 2002.

Armstrong D. The rise of surveillance medicine. *Sociology of healthy and illness*, v17, n3, pp. 393-404, 1995.

Associação Brasileira de Climatério. Consenso Brasileiro multidisciplinar de assistência à saúde da mulher climatérica. 2003.

Associação Nacional de Farmacêuticos Magistrais. Panorama Setorial - Farmácias de Manipulação Brasileiras 2015-2016. Disponível em: https://issuu.com/anfarmag/docs/anfarmag_parorama_setorial_2015_201.

Azize R. A química da qualidade de vida: uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras, 2002. Disponível em: <https://www.anpocs.com/index.php/papers-26-encontro/gt-23/gt13-10/4437-razize-a-quimica/file>.

Bates Propedêutica Médica. 8 ed. Guanabara Koogan, 2005.

Bonan C, Teixeira LA, Nakano A. Absorção e metabolização dos hormônios sexuais e sua transformação em tecnologias contraceptivas: percursos do pensamento médico no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 2017, 22(1): 107-116.

Bonet, Octavio *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina.* / Octavio Bonet. — Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 136p. (Coleção Antropologia & Saúde).

Brandão E, Cabral C, Ventura M, Paiva S, Bastos LL, Oliveira N, Szabo I. “Bomba hormonal”: os riscos da contracepção de emergência na perspectiva dos balconistas de farmácias no Rio de Janeiro, Brasil. *Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(9), set, 2016

Brigadeiro M, Maksud I. Aparição do viagra na cena pública brasileira: discursos sobre corpo, gênero e sexualidade na mídia. *Revista estudos feministas*, Florianopolis, v.17, n.1, p. 71 -88 , 2009.

Butler J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.* 8 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015 (Sujeito e História).

Caldeira TP. *Cidade de Muros: Crime, Segregação e Cidadania em São Paulo.* São Paulo: Editora 34/Edusp, 2000.

Camargo JR. K. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. *Cadernos de Saúde Pública (Fiocruz)*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.1163-1174, 2003.

Clarke A et al. “Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness and U.S. biomedicine”, *Am. Sociological Review*, 2003, 68(2): 16-194.

CLARKE, A; MAMO, L; SHIM, J; FOSKET, JR; JENNIFER R. Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness and U.S. biomedicine. *Am. Sociological Review*, 2003, 68(2): 16-194.

Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 2007.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM N° 1.999/2012. Publicada no D.O.U. 19 out. 2012, Seção 1, p. 139. Disponível em: file:///C:/Users/Notebook/Downloads/1999_2012.pdf

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM N.º 2.056/2013 – Disciplina os departamentos de Fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM N° 2.170, DE 30 DE OUTUBRO DE 2017 - Define as clínicas médicas de atendimento ambulatorial, incluindo as denominadas clínicas populares, como empresas médicas e determina critérios para seu funcionamento e registro perante os Conselhos Regionais de Medicina.

Correa S, Alves J, Jannuzzi PM. Direitos e Saúde Sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. CAVENAGHI S. (Org). Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006.

Coutinho, EM; Souza, JC; Csapo, A. Reversible sterility induced by medroxyprogesterone injections. *Fertil, Steril*, 17: 261 – 266, 1966.

Coutinho E. O descontrole da natalidade no Brasil. Salvador: Memorial das Letras, 1998.

Coutinho E. Bahia. Menos violências mais felicidade. Como o controle voluntário da natalidade contribuiu para diminuir a violência no estado da Bahia (1984 – 2004). Salvador: Ed. do autor, 2009.

Coutinho E. A melhor coisa da vida. Salvador: Ed. do autor, 2014.

Coutinho E. O sexo do ciúme. Salvador: Memorial das Letras, 1998b.

Coutinho E. Menstruação: a sangria inútil. 8 ed. São Paulo: Editora Gente, 2008

Coutinho *et al.* Contraception with long acting subdermal implants: II. measured and perceived effects in international clinical trials. *Contraception*. October 1978 vol. 18 no. 4, p 335 – 353.

Crawford R. Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 1980.

Dardot P, Laval C. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. 1 ed. São Paulo: boitempo, 2016.

Dedalus. *O bairro de Moema transformação e verticalização: causa e efeito*. São Paulo: Dedalus, 2003

DeGrazia D. Enhancement Technologies and Human Identity1 Enhancement Technologies . *Journal of Medicine and Philosophy*, 30:261–283, 2005

De Zordo, Silvia. *A contracepção na Bahia vista da periferia: um olhar de gênero. O corpo da nação: o planejamento familiar no Brasil, da Ditadura Militar aos dias de hoje*. VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra, 16, 17 e 18 de Setembro de 2004.

Dias TM. *Controvérsias e estabilização: o debate sobre as pílulas anticoncepcionais no diário O Globo, nas décadas de 1960 e 1970*. Dissertação (Mestrado em Ciências). Instituto Fernandes/Fiocruz. Rio de Janeiro. 2015.

Dias TM, Bonan C, Nakano A, Teixeira LA. *A pílula da oportunidade: discursos sobre as pílulas anticoncepcionais na Gazeta da Pharmacia (1960-1981)*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2018.

Dias TM, Bonan C, Maksud I, Nakano A, Teixeira LA, A. “Estará nas pílulas a solução?” O debate social sobre as pílulas anticoncepcionais em O Globo, 1960 – 1970. ESTUDOS FEMINISTAS. 2018.

Edmonds A, Sanabria E. *Entre saúde e aprimoramento: a engenharia do corpo por meio de cirurgias plásticas e terapias hormonais no Brasil*. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [Internet]. 2016 Mar [citado 2018 Maio 09] ; 23(1): 193-210.

Elliott, Carl. .Enhancement technologies and identity ethics. Symposium: maladies and identities. *society*, july/august 2004

Faro L. “Mulher com bigode nem o diabo pode”: um estudo sobre testosterona, sexualidade feminina e biomedicalização. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2016.

Faundes A. Unpublished Final Report of Norplant Study. Campinas [s.d].

Feltrin, Rebeca Buzzo, 1984- F347e Entre o campo e o laboratório: a construção da menopausa dentro de um hospital-escola brasileiro / Rebeca Buzzo Feltrin -- Campinas,SP.: [s.n.], 2012.

Feltrin, Rebeca Buzzo; Velho, Lea Maria Leme Strini. Entre o campo e o laboratório: a dinâmica de produção de conhecimento no Ambulatório de Menopausa do Caism/Unicamp. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.4, out.-dez. 2014, p.1283- 1300.

Fleck L. Gênese e desenvolvimento de um fato científico. Belo Horizonte: Fabrefactum. 1.ed. 2010.

Fonseca Sobrinho D. Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1993.

Foucault M. História da Sexualidade I: A vontade de saber. 22 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

Fox, N.J. and K.J. Ward (2009) ‘Pharma in the Bedroom ... and the Kitchen ... The Pharmaceuticalisation of Daily Life’, in S.J. Williams, J. Gabe and P. Davis (eds) *Pharmaceuticals and Society*, pp. 41–53. Chichester: Wiley-Blackwell.

Goodman e Gilman. As Bases Farmacológicas da Terapêutica. Alfred Goodman Gilman Joel G. Hardman Lee E. Limbird eds, 12ª edição Mc Graw Hill, 2012

Haraway D. Manifesto Ciborgue: Ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: Haraway, D; Kunzru, H; Tadeu, T. *Antropologia do ciborgue: As vertigens do pós-humano*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013

Jardim R. O controle da reprodução: estudo etnográfico da prática contraceptiva de implantes subcutâneos na cidade de Porto Alegre, 2009.

Juengst E, Ronald SS. Ethical Issues in the Use of Pharmaceutical Implants. *The Hastings Center Report*, Vol. 18, No. 6 (Dec., 1988), pp. 41-46. Published by: Hastings Center Stable.

Juengst, ET. "What Does Enhancement Mean?" In Erik Parens (ed.), *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications*. Washington, D.C.: Georgetown University Press, 1998.

Katzung BG. *Farmacologia básica e clínica*. 12ed. Porto Alegre, RS: AMGH, 2014.

Kornis G, Braga MH, Paula PA. Transformações recentes da indústria farmacêutica: um exame da experiência mundial e brasileira no século XXI. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24 [3]: 885-908, 2014.

Lago, Luciana Corrêa do *Desigualdades e segregação na metrópole: o Rio de Janeiro em tempo de crise [recurso eletrônico] / Luciana Corrêa do Lago*. - 2. ed. - Rio de Janeiro : Letra Capital, 2015.

Laqueur T. *Inventado o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro, RJ: Relume Dumara, 2001.

Latour B. *Reagregando o social: uma introdução à teoria ator-rede*. Salvador: EDUFBA-EDUSC, 2012.

Le Breton D. *Antropologia do corpo e modernidade*. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013a.

Le Breton D. *Adeus ao corpo. Antropologia e sociedade*. 6. ed. Campinas, SP: Papirus, 2013b.

Lipovsky G, Serroy J. *A estetização do mundo. Viver na era do capitalismo artista*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

Malinowski BK. Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia. 2.ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

Manica D. Contracepção, natureza e cultura. Embates e sentidos na etnografia de uma trajetória. Tese de Doutorado. Departamento de Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2009.

_____. Imperativos da natureza: sexualidade, gênero e hormônios na produção de Elsimar Coutinho. Heilborn ML, Aquino EM, Barbosa RM, Bastos FI, Berquó E, Rohden F. (Org). Sexualidade, reprodução e saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

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

Mariano M. A construção da síndrome pré-menstrual. Tese (doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. 2012.

Marshall, B.L. (2009) ‘Sexual Medicine, Sexual Bodies and “Pharmaceutical Imagination”’, *Science as Culture* 18: 133–49.

Martin E. A mulher no corpo. Uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

Martin E. The pharmaceutical person. *BioSocieties*, Cambridge, v. 1, p. 273-287, 2006.

Martins AP. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2004

Martins, Hermínio - “Hegel, Texas: temas de filosofia e sociologia da Técnica” e “Tecnologia, Modernidade e Política”, in *Hegel, Texas e outros ensaios de teoria social*, Edições Século XXI, Lisboa, 1996.

Martins, Hermínio. Tecnologia, modernidade e política. *Lua Nova*, São Paulo, n. 40-41, p. 279-322, Aug. 1997.

Mattos, Leonardo. Frbraplan e a disputa real pelo sistema de saúde universal. Considerações sobre a atuação recente do setor privado nas políticas de saúde. 2018

Nakano A, Bonan C, Teixeira LA. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 155-172, Mar. 2016.

Nucci M. Seria a pílula anticoncepcional uma droga de "estilo de vida"? Ensaio sobre o atual processo de medicalização da sexualidade. *Sex. Salud Soc.*, n. 10, Janeiro Apr. 2012

Nietzsche, FW. *Genealogia da moral: uma polêmica* / Friedrich Nietzsche ; tradução, notas e posfácio Paulo César de Souza. — São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

Pedro J. Entre a ameaça da “bomba populacional” e a emancipação do corpo das mulheres: o debate sobre a contracepção no Brasil e França (1960-1970). *Proj. História*. São Paulo. (25) dez 2002.

Ortega F, Zorzaneli R. *Corpo em evidência: a ciência e a redefinição do humano*. Rio de Janeiro, RJ: Civilização brasileira, 2010.

Oudshoorn N. On the making of sex hormones: research materials and the production of knowledge. *Social Studies of Science*, 1990, vol 20, n.1, pp. 5-33.

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

Oudshoorn N. *The Birth of Sex Hormones*. Schiebinger L. *Feminism and the body*. Oxford University Press, 2000.

Parens E. *Surgically Shaping Children Technology, Ethics, and the Pursuit of Normality*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2006.

Pereira PL. Os discursos sobre a pílula anticoncepcional na revista *Cláudia* no período de 1960 a 1985. Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, 2016.

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

Population Council. Planning, Vol. 14, No. 6/7 (Jun. - Jul., 1983), pp. 159-163

Population Council. Norplant Worldwide. The Population Council. N° 5, August, 1986.

Population Council. How The Norplant® method was developed and introduced. N° 15, January, 1991.

_____. In search of na ideal contraceptive. Medical World News. December 1, 1967.

_____. Latin american clinicians share Norplant®experience

_____. The debate on Norplant®: report of the plenary discussions. Women and pharmaceuticals questions..

_____. The Population Council in Latin America and the Caribbean, 1987.

Preciado B. Testo Yonqui. Madrid: Espasa, 2008.

Rabinow P, Rose N. O conceito de biopoder hoje. Revista de Ciências Sociais no. 24, Abril de 2006, p. 27-57.

Reis, A R G. Norplant in Brazil: implantation strategy in the guise of scientific research. Reproductive and Genetic Engineering: Journal of International Feminist Analysis, vol 3, num 2, 1990.

Roberts, C. Messengers of sex: hormones, biomedicine and feminism. New York: Cambridge University Press, 2007.

Rose N. A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo, SP: Paulus, 2013.

Rohden F. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 2008, v. 15, supl. p. 133-152.

Rohden F. Vida saudável versus vida aprimorada: tecnologias biomédicas, processos de subjetivação e aprimoramento. *Horizontes Antropológicos*, 2017, n. 47, p. 29-60, jan./abr.

Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. 2. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009 (Coleção Antropologia e Saúde).

Rosenberg C. The tyranny of diagnosis: Specific entities and individual experience, *The Milbank Quarterly* 2002, 80(2): 237-260.

Sanabria E. The Same Thing in a Different Box”: Similarity and Difference in Pharmaceutical Sex Hormone Consumption and Marketing. *Medical Antrology Quarterly*, July, 2014.

Santos G.G. As múltiplas faces da medicalização: uma revisão histórica. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Sibilia P. O homem pós orgânico. A alquimia dos corpos e das almas à luz das tecnologias digitais. 2 ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 2015.

Slater, L. “Dr. Daedalus”. *Harper’s Magazine*, July, 57-67, 2001.

Segal S J. The Development of NORPLANT Implants. *Studies in Family*, 1983.

Shapin S; Schaffer S. *Leviatan and the air-pump. Hobbes, Boyle, and the experimental life*. Princetom university Press, 1985.

Silva Ana Célia Pessoa da, Oliveira Catia Veronica dos Santos, Cavalheiro Maria Virginia Silva, Miranda Maria do Carmo de Castro. Desafios para a rede nacional de laboratórios de vigilância sanitária: o caso dos medicamentos manipulados. *Ciênc. saúde coletiva [Internet]*. 2010 Nov; 15(Suppl 3): 3371-3380.

Taschner, Suzana P., & Bógus, Lucia M. M.. (2001). São Paulo, uma metrópole desigual. *EURE* (Santiago), 27(80), 87-120. <https://dx.doi.org/10.4067/S0250-71612001008000005>

Thompson J, Davidow L. A prática farmacêutica na manipulação de medicamentos. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Tramontano L. Testosterona: as múltiplas faces de uma molécula. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2017.

Trench Belkis, Santos Claudete Gomes dos. Menopausa ou Menopausas?. *Saude soc.* [Internet]. 2005 Apr [cited 2018 Feb 21]; 14(1): 91-100.

Vasconcelos, Eduardo Alcantara de. Circular é preciso, viver não é preciso: a história do trânsito na cidade de São Paulo. São Paulo: Annablume: FAPESP, 1999. 326p.

Watkins E.S. On the pill. A social history of oral contraceptives. 1950-1970. London: The Johns Hopkins Press Ltd., 1998.

Watkins ES. The Brief Life of Norplant, the Contraceptive Implant. *Journal of women's history on reproduction, sex, and power*, scheduled for publication in late 2010.

Watkins ES. How the pill became a lifestyle drug. *The Pharmaceutical Industry and Birth Control in the United States since 1960. American Journal of Public Health*, 2012, v.102, N. 8. August.

Williams SJ, Martin P, Gabe J. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociol Health Illn.* 2011 Jul;33(5):710-25.

Woolgar, S. 1991. The turn to technology in social studies of science. *Science, Technology, & Human Values* 16:20-50. [Google Scholar](#), [SAGE Journals](#), [ISI](#)

Zorzanelli RT; Ortega F, Bezerra Junior B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2014, vol.19, n.6, pp. 1859-1868.