

Cinquenta anos de anticoncepção hormonal: a mulher e a pílula

Maria Andrea Loyola

Poucas dentre as várias descobertas tecnológicas surgidas no século XX que contribuíram para alterar profundamente os rumos das sociedades contemporâneas, foram objeto de tantas polêmicas como a pílula anticoncepcional. Completando 50 anos desde que foi disponibilizada para consumo nos Estados Unidos em 1960, ela provocou numerosos debates e dissensões no âmbito científico, médico, social, ético, religioso e ainda hoje não é plenamente aceita ou constitui objeto de controvérsias em alguns setores religiosos. Embora práticas anticonceptivas fossem conhecidas desde o Egito antigo e numerosos métodos já disponibilizados com esse objetivo (Ogino e Knaus ou “tabelinha” ou “ritmo”; diafragma, Diu, condon ou “camisinha”, entre outros), nenhum deles permitiu, como a pílula, uma separação tão eficaz entre a sexualidade e a reprodução e, por conseguinte, um controle muito mais efetivo do processo reprodutivo pela mulher.

Foi sobre a mulher, seu comportamento e sua posição na sociedade, que a pílula produziu os impactos mais significativos, considerados por muitos como verdadeiramente revolucionários. Graças à pílula, a mulher pôde então usufruir de liberdade sexual e acabou ganhando um forte aliado rumo à conquista de mais espaço na esfera pública, no mercado de trabalho e na igualdade com os homens. Sua utilização acabou provocando avanços nos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, ampliando as possibilidades de realização de um efetivo planejamento familiar e, talvez o mais importante, conferindo total autonomia da mulher na condução desse processo: a pílula é o único anticoncepcional que pode ser utilizado sem a participação do médico e a colaboração ou consentimento do parceiro.

Inicialmente, a pílula foi recebida com desconfiança pelos próprios médicos devido aos efeitos colaterais produzidos pelas elevadas taxas de hormônios constantes em sua composição. Hoje, as pílulas mais modernas, aquelas com pequena dosagem hormonal, conhecidas como de “terceira geração”, possuem um centésimo da dose hormonal da primeira pílula lançada nos Estados Unidos – o Enovid. Elas são consideradas como benéficas na prevenção de tumores ginecológicos no ovário e no endométrio, e protegem as mulheres por longos anos, mesmo depois de encerrarem seu uso. A pílula continua sendo a primeira opção entre os métodos anticoncepcionais, em quase todo o mundo. No Brasil, segundo dados oficiais, ela é usada por 21% das mulheres em idade reprodutiva, o que equivalia, em 2004, a mais de 11 milhões de usuárias.

Segundo alguns, o caráter libertário da pílula, não se deve apenas a seus efeitos técnicos, mas também ao contexto cultural e político em que ela surgiu: ela veio ao encontro dos novos valores associados ao “movimento hippie” surgido nos Estados Unidos durante a década de 1960, e a revolta estudantil conhecida como “maio de 68”, na França. Ambos contestavam os valores culturais de uma sociedade que consideravam conservadora, moralista e repressiva, inclusive no plano sexual. Foi nesse sentido que as feministas francesas passaram a lutar contra uma lei de 1920 que proibia a divulgação de qualquer método contraceptivo naquele país. As francesas logo perceberam que a pílula, ao permitir o controle da procriação permitia às mulheres expandir suas possibilidades de atuação em diversos campos, inclusive em relação ao prazer sexual.

Já as feministas brasileiras, apoiando-se nas preocupações políticas de controlar a explosão populacional, principalmente de pobres e negros, dos países do Terceiro Mundo que orientaram as pesquisas iniciais sobre a pílula na década de 1950, enxergaram na pílula e em sua divulgação mais um movimento de intervenção imperialista dos Estados Unidos em nosso país. Esse ponto de vista, compartilhado pela esquerda brasileira e pelos militares por razões distintas (geopolíticas), durante

as décadas de 1960 e 1970 justificam em grande parte o fato do país nunca ter adotado uma política oficial de planejamento familiar. Assim, outra vantagem trazida pela pílula em um sentido mais amplo – que foi a de contribuir para a transição demográfica do país – não contou com apoio do governo brasileiro. A forte redução das taxas de fecundidade total do país, que caíram em mais de 60% em apenas meio século (passando de 6,21 filhos por mulher, em 1950, para 2,38, em 2000), até chegar, em 2007, a uma taxa total de 1,95; portanto abaixo do nível mínimo de reposição (2,1 filhos por mulher), deveu-se principalmente a atuação dos médicos e de organismos internacionais, em especial de organismos que apoiavam o planejamento familiar como a Bemfam (Bem-Estar Familiar).

Foram as camadas com maior poder aquisitivo e maior nível de escolaridade que de fato se beneficiaram da pílula, em todos os sentidos. Nas camadas socialmente menos protegidas e nas regiões mais pobres e menos urbanizadas, o acesso a esse anticoncepcional foi e continua sendo mais difícil, apesar do planejamento familiar ser hoje consagrado como um “direito reprodutivo da mulher”. Tanto assim que as taxas de fecundidade continuam sendo relativamente mais elevadas entre as populações dessas camadas e dessas regiões, e que foi sobre as mulheres nelas inseridas que recaiu a política de controle de nascimentos através da ligadura de trompas, prática altamente disseminada no setor público da medicina, desde o final da década de 1960 até 1980.

Da mesma forma, o acesso a programas de planejamento familiar no Brasil não se encontra disponível para todas as mulheres, tanto em termos qualitativos, quanto quantitativos, privando os grupos socialmente menos favorecidos, seja da escolha do método contraceptivo mais adequado ao seu caso, seja de orientação médica. A consequência mais dramática dessa situação é o elevado número de abortos clandestinos (o aborto é considerado crime no país) indicado por extensa revisão, publicada recentemente, da literatura científica disponível sobre aborto no Brasil para os últimos 20 anos.

Não obstante os caminhos, alguns mais largos, outros mais estreitos, que as mulheres conseguiram abrir para si graças à pílula, ao longo desses cinquenta anos de sua existência, não foram suficientemente longos, ao ponto de eliminar algumas desigualdades históricas entre elas e seus parceiros masculinos. Se, por um lado, a pílula ajudou-as a conquistar espaços e a se moverem melhor no mercado de trabalho, por outro, segundo o último Censo de 2000, elas recebem 30% a menos do que os homens e, principalmente nas regiões e nas camadas mais pobres, elas estão concentradas em ocupações de baixa qualificação e mal remuneradas; raramente trabalham com carteira assinada e garantias trabalhistas, e quase um terço delas exerce atividades domésticas ou não remuneradas.

As mulheres não conseguiram, sobretudo, diminuir sua responsabilidade nas tarefas reprodutivas; ao contrário, em muitos casos elas foram ampliadas. Em todas as camadas sociais elas continuam exercendo a dupla jornada de trabalho, ou seja, acumulando as tarefas domésticas com aquelas exercidas fora de casa. Passaram também a contribuir mais pesadamente com as despesas domiciliares e com aquelas referentes aos cuidados e à educação dos filhos e, em proporções muito significativas, naquelas famílias chefiadas por mulheres das camadas menos favorecidas: segundo estudo do IBGE, a contribuição média do ganho da mulher chefe no rendimento familiar cresceu em 56%, entre 1991 e 2000, e o número de domicílios chefiados por mulheres representou nesse período um aumento absoluto de 66% e relativo de 27%.

Assim, ao que tudo indica, a maior contribuição da pílula à emancipação da mulher, situa-se no terreno da sexualidade, permitindo-lhe uma vida sexual desvinculada dos imperativos da reprodução, relativamente mais livre e prazerosa. Mas, mesmo nesse domínio, sua liberdade é limitada por constrangimentos de ordem moral que, em muitos casos, inclui ainda a submissão à sexualidade masculina. E, por fim, tudo indica também, que o preço que a mulher vem pagando pelos benefícios trazidos por essa radical separação entre sexualidade e reprodução que a pílula anticoncepcional proporciona, é o de expor seu corpo, cada vez mais e de maneira cada vez mais invasiva, à intervenção biomédica nessa área; mesmo quando se trata de satisfazer, não o seu próprio desejo, mas o “desejo de filhos” de seus parceiros, como é possível observar hoje na reprodução assistida.

Maria Andrea Loyola é professora do Departamento de Políticas e Instituições de Saúde, do Instituto de Medicina Social, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.