

## O NORPLANT NOS ANOS 90

### Peças que faltam

“Em 1986, o recrutamento de sujeitos da pesquisa do Norplant no Brasil foi suspenso pelo Ministério da Saúde... Para muitos o episódio Norplant (no Brasil) não teve maiores conseqüências. Todavia este pode não ter sido o caso... A qualidade da comunicação (entre feministas e pesquisadores) verificou-se surpreendente... O público em geral nunca foi tão bem informado sobre procedimentos técnicos, princípios fisiológicos e aspectos éticos. O isolamento científico foi quebrado e a contracepção politizada... O episódio pode ser lido como um momento da comunicação democrática.. Deste tipo de comunicação resultam as mudanças de longo prazo, pois transformações efetivas no papel do Estado e em outras instâncias de controle das atividades científicas não ocorrem por decreto”.

BARROSO, C. e CORRÊA, S., *Public Servants versus Liberal Professionals: the politics of contraceptive research*. Apresentado no Symposium of Induced Fertility Change. Bellagio, 1990.

O Norplant R é um método contraceptivo feminino de longa duração que consiste de seis tubos de silástico contendo 30 mg de progestágeno. As cápsulas são implantadas sob a pele, no antebraço. Equipamentos especiais e proficiência técnica se fazem necessários para implantar e para remover o dispositivo. O implante protege contra a gravidez por um período de cinco anos, liberando continuamente uma dose baixa e sustentada de hormônio que, ao mesmo tempo, suprime a ovulação e aumenta a produção do muco cervical. O desenvolvimento inicial do implante hormonal remonta aos anos 1970. Dez anos mais tarde o Population Council deflagrou um programa global multi-cêntrico de estudos de aceitabilidade, envolvendo algumas dezenas de países (inclusive os Estados Unidos, a Finlândia e a Suécia).

Dos 55 países que tiveram experiência de pesquisa com o Norplant, 26 têm hoje sua distribuição homologada e regulamentada. A aprovação do Norplant pelo Food and Drug Administration (FDA) para uso nos Estados Unidos, em dezembro de 1990, legitimou sua utilização em outros contextos. Estima-se que, no momento, entre 1,5 milhão e 2 milhões de mulheres usem implantes no mundo inteiro. O 'mapa do Norplant' demonstra uma enorme heterogeneidade em termos de condições econômicas, políticas e culturais nos contextos em que o uso do método vem sendo promovido. São particularmente flagrantes as discrepâncias no que diz respeito ao funcionamento dos sistemas de saúde e à capacidade das sociedades de monitorar a disseminação de novas tecnologias. Basta considerar, por exemplo, as enormes disparidades entre a Suécia e a Finlândia, por um lado, e o Haiti e Ruanda, por outro.

Nos países em desenvolvimento, a disseminação do método é predominantemente feita pelo setor público através de programas governamentais e não governamentais. Nos Estados Unidos, prevalece um modelo combinado no qual o Norplant é vendido a preços de mercado - ou seu valor ressarcido por seguros privados de saúde - no caso das mulheres que dispõem de recursos. Ao mesmo tempo o método é distribuído gratuitamente ou a preços subsidiados para as mulheres pobres. Em todo o mundo, a distribuição de implantes entre mulheres menos privilegiadas, menos educadas e menos informadas está associado ao uso de fundos públicos ou tornados públicos. Como se sabe, nestes casos a possibilidade de que as usuárias tenham acesso a serviços adequados e possam se defender contra abusos é, geralmente, limitada. Em função disto, considerações éticas podem e devem ser levantadas com relação aos critérios que determinam prioridades para aplicação de subsídios governamentais ou privados.

Desde que se iniciaram os testes clínicos no início dos anos 1980, o Norplant tem sido objeto de debate entre feministas, pesquisadores e profissionais de saúde. A crítica feminista tem levantado questões quanto aos riscos de saúde implícitos no método e, mais especialmente, no que se refere ao controle sobre as vidas e os corpos das mulheres possibilitado pela nova tecnologia. Pesquisadores e profissionais de saúde, por sua vez, tendem a defender a disseminação do Norplant como estratégia de controle efetivo da fecundidade nos países em desenvolvimento e entre grupos pobres nos Estados Unidos. Controvérsias também se registraram no interior do próprio movimento internacional pelos direitos reprodutivos. Algumas vezes, ainda que reconhecendo seus riscos potenciais, receberam os implantes como uma opção contraceptiva, que poderia, eventualmente, responder à crescente preferência das mulheres por métodos de longa duração.

O debate em torno do Norplant não deve ser interpretado como um mero desacordo entre a comunidade feminista e os setores envolvidos no desenvolvimento da tecnologia contraceptiva. A controvérsia de fato se relaciona a um tema mais amplo: o conflito inerente à **produção social das tecnologias**. De maneira a assegurar uma perspectiva analítica consistente e

princípios democráticos, no contexto deste debate específico, os confrontos políticos e os questionamentos não devem ser evitados. Significativamente, três volumes recentemente publicados atualizam as análises acerca dos dilemas colocados pela disseminação e uso do Norplant no mundo<sup>1</sup>.

### Os debates do Norplant: acordos e desacordos

Embora o debate acerca do Norplant seja predominantemente marcado por divergências muito significativas, duas comunidades expressam um razoável acordo no que diz respeito às características do método. O Norplant é um contraceptivo muito eficaz, mas é também sistêmico (afeta vários sistemas fisiológicos), de longa duração e dependente do profissional de saúde (*provider dependent*). Seu uso requer cuidados muito especiais na seleção e anamnese das usuárias potenciais; qualificação técnica dos profissionais de saúde para implantar e remover o dispositivo; e acompanhamento médico adequado, em particular no que diz respeito à localização das usuárias ao final do período de cinco anos. Como as cápsulas não podem ser retiradas pela mulher, que depende de serviço capacitado para fazê-lo, a possibilidade de remoção imediata do dispositivo, quando solicitada, constitui o aspecto mais importante a ser considerado no desenho dos programas de distribuição<sup>2</sup>.

Desde a década de 1980 a divergência entre feministas e pesquisadores se desenvolveu ao redor da questão dos protocolos de pesquisa e diretrizes dos programas de distribuição. Os *policy makers* envolvidos com a criação e disseminação de tecnologias anticonceptivas consideram, em geral, os documentos - apresentados e assinados por governos e por profissionais de saúde dos países em desenvolvimento - como sendo consistentes com as realidades de pesquisa, distribuição e acompanhamento dos métodos. As feministas não desvalorizam protocolos e normas, mas têm identificado enormes lacunas entre os relatórios escritos e as operações de campo. Nos anos 80 a crítica feminista dedicou grande atenção ao tema do consentimento informado (*informed consent*), lembrando que mulheres pobres freqüentemente assinam o termo de anuência sem estarem completamente conscientes do seu significado<sup>3</sup>. Mais tarde as análises incluíam deficiências

---

<sup>1</sup> O primeiro volume, *Norplant. under her skin*, publicado pela Wemos e pela Women's Health Action Foundation, na Holanda, contém um panorama das conclusões das pesquisas sobre características e aceitabilidade do Norplant e estudos de caso em cinco países: Brasil, Egito, Finlândia, Indonésia e Tailândia. O segundo, *As Rotas do Norplant: desvios da contracepção*, examina as condições que levaram ao cancelamento das pesquisas clínicas brasileiras em 1986 e fornece informação atualizada sobre temas pendentes. O volume da Kaiser Foundation, *Norplant and Poor Women*, explora uma gama de aspectos inter-relacionados no contexto norte-americano: pesquisas clínicas, contra-indicações, potencial de abuso, dimensão de classe e de raça, e perspectivas futuras no desenvolvimento de tecnologias contraceptivas

<sup>2</sup> PETTITI, D., Issues in Evaluating Norplant. In: SAMUELS, S. e SMITH, M. (org.), *Norplant and Poor Women* The Kaiser Forums (s. l.), 1992, p. 65-82.

<sup>3</sup> BARROSO, C. e CORRÊA, S., op. cit.; DACACH, S. e ISRAEL, G. *As Rotas do Norplant: desvios da contracepção*. Rio de Janeiro: REDEH, 1993.

importantes nos procedimentos de seleção e acompanhamento de usuárias e, mais especialmente, no que diz respeito ao acesso à remoção **imediate quando solicitada**.

As feministas têm ainda explorado, com cuidado, a dimensão ética, afirmando que as características técnicas e não-técnicas do método favorecem situações de abuso. Suas pesquisas avaliam constrangimentos que - nos níveis macro e micro - limitam a autonomia reprodutiva das mulheres. Como indicam Freedman e Isaacs<sup>4</sup>, sob a influência destes constrangimentos as fronteiras entre a escolha voluntária e a coerção se tornam muito tênues. As condições econômicas, a burocracia do setor público e a existência de políticas de controle populacional determinam, em muitos países, pressões sociais no sentido de que as mulheres passem a regular sua fecundidade. No plano micro, a desigualdade de raça, de classe e de gênero incide diretamente sobre as experiências reprodutivas. Nos serviços de saúde tal como estão organizados mulheres pobres podem se submeter, facilmente, às determinações dos médicos e outros profissionais. Em outras circunstâncias, mulheres podem "aceitar" um método de qualidades discutíveis de maneira a contornar a negociação com maridos e parceiros, ou resistências culturais com relação ao uso da contracepção.

Um último aspecto enfatizado pela crítica feminista trata da correlação entre efetividade do método e os riscos imediatos e de longo prazo que seu uso implica em termos de saúde.

## **A geografia do Norplant**

Embora a disseminação do Norplant seja global, 80% das usuárias estão hoje concentradas na Indonésia e nos Estados Unidos. Em 1992, 1,3 milhão de mulheres indonésias e aproximadamente 400.000 mulheres norte-americanas usavam o Norplant (Conselho Coordenador Nacional de Planejamento Familiar - BKKBN, 1992; Alan Guttmacher Institute, 1992).

A Indonésia é uma nação composta por alguns milhares de ilhas no Sudeste da Ásia, sendo as maiores e mais conhecidas Java, Sumatra, Sulawesi, Bali e Kalimantan. A cultura indonésia, embora fortemente influenciada pela tradição javanesa, é extremamente heterogênea e a religião islâmica dominante atravessou, também, um complexo processo de integração com práticas e crenças pré-existentes. Desde a década de 1960, o país vem sendo governado por um regime autoritário sobre o qual pesam acusações de violações aos direitos humanos. As taxas positivas de crescimento econômico registradas nos anos 70 foram seguidas, na última década, por políticas de ajuste cujos efeitos produziram contração da renda, desemprego e redução nos gastos públicos, embora o governo tenha conseguido manter uma razoável capacidade de investimento nos setores sociais.

---

<sup>4</sup> FREEDMAN, L. e ISAACS, S., Reproductive Health, Reproductive Rights: legal, policy and ethical issues. Texto preparado para o Reproductive Health Program Officers Meeting da Fundação Ford, 1993.

As taxas de mortalidade infantil permanecem altas: 77 em 1.000 em áreas urbanas, 123 em 1.000 em áreas rurais e 141 em 1.000 na Java Ocidental (Banco Mundial, 1990). Segundo Smith<sup>5</sup>, as taxas de mortalidade materna são mais altas do que as registradas nos países vizinhos<sup>6</sup>. A população indonésia, estimada em 174 milhões de pessoas, é a quinta maior do mundo. O país tem implementado políticas populacionais draconianas desde o final da década de 60. Conta com uma estrutura centralizada de planejamento familiar com *status* de ministério, o Conselho Coordenador Nacional de Planejamento Familiar (BKKBN) e com um programa vigoroso de transmigração que visa a redistribuição espacial da população. As políticas populacionais são centralizadas e homogêneas.

Campanhas de massa - conhecidas como "safáris" - têm sido intensamente utilizadas para promover o uso de métodos contraceptivos nas áreas rurais. O programa envolve as autoridades dos povoados nas suas atividades, "um movimento nacional de planejamento familiar". Através do diálogo com as lideranças islâmicas, o programa venceu eventuais resistências religiosas, evitando a inclusão da esterilização e discussões sobre o aborto<sup>7</sup>. A taxa total de fertilidade (TTF) declinou de 5,4 em 1950 para 3,41 em 1988, e a prevalência contraceptiva subiu de 10 por cento dos casais qualificados em 1966 para 46 por cento em 1988. As pesquisas clínicas com o Norplant têm sido levadas a cabo desde 1982, e seu uso foi aprovado em 1985<sup>8</sup>.

Em novembro de 1990, durante o VI Encontro Internacional de Direitos Reprodutivos, em Manilha, ativistas de todo o mundo redigiram e assinaram um documento a ser enviado à USAID, questionando as condições sob as quais o Norplant vem sendo disseminado na Indonésia. Os resultados e dis-torções do programa de transmigração têm sido também vigorosamente criticados pelas organizações de direitos humanos, em particular no que se refere ao controle territorial do governo indonésio sobre Timor Oriental e em Irian Jaya (antiga Papua Ocidental). Já o Banco Mundial defende o aumento de recursos para o programa de planejamento familiar, alegando que estes gastos podem compensar investimentos em infra-estrutura social e econômica<sup>9</sup>.

---

<sup>5</sup> SMITH, I.. Indonesian Family Planning Programme: a success story for women? (mimeo). Boston Women's Health Book Collective Documentation Center, 1990.

<sup>6</sup> A menor estimativa para a taxa de mortalidade materna na Indonésia é de 450 em 100.000 nascimentos (UNICEF, 1988), enquanto que para as mulheres jovens, com idade entre 15 e 19 anos, é de 1.100 em 100 000 nascimentos, sendo apenas um pouco mais reduzida que aquela observada na Etiópia.

<sup>7</sup> WARWICK, D.. Culture and Management of Family Planning Programs. *Studies in Family Planning*, 19(1), 1988, p. 1-18.

<sup>8</sup> Em 1987, as taxas de uso de contraceptivos entre as mulheres casadas eram as seguintes: pílula, 31,4%; DIU, 30,5%; injetáveis, 21%; esterilização feminina, 6,9%, esterilização masculina, 0,4%, Norplant, 0,8%; outros métodos, 5,5%.

<sup>9</sup> Em 1988, o Banco exprimiu preocupações quanto a uma desaceleração no declínio das taxas de fertilidade, defendendo a expansão dos programas para os pobres urbanos e para as ilhas distantes, dando muita ênfase à necessidade de aumentar a prevalência dos métodos de longa duração, assim como de superar-se a resistência à esterilização

Em 1991, a população norte-americana foi estimada em 252,688 milhões de pessoas e a taxa total de fertilidade (TTF) estabelecida para 1988 foi de 1,9 por mulher. O uso de métodos anticoncepcionais está distribuído da seguinte maneira: 29,7% dos casais em idade reprodutiva foram esterilizados e 36,7% usavam contracepção não cirúrgica. Uma parcela importante das organizações dedicadas a atividades de controle populacional está baseada nos Estados Unidos e grande parte dos discursos políticos relativos ao crescimento populacional no plano global são também de origem norte-americana.

Os Estados Unidos nunca foram palco de políticas governamentais de controle da fertilidade, como as organizações americanas têm propugnado para os países em desenvolvimento. Entretanto, a história americana registra, por um lado, reações conservadoras ao planejamento familiar e ao aborto legal; por outro, medidas eugênicas visando o controle draconiano da fecundidade entre grupos percebidos como "inferiores"<sup>10</sup>. Petchesky<sup>11</sup> analisa o declínio da fecundidade nos Estados Unidos após 1950, afirmando que esta queda iniciou-se antes do utilização extensiva da pílula e do DIU, estando diretamente associada a níveis mais altos de educação e acesso ao emprego formal entre as mulheres. A despeito da rápida ampliação no uso de métodos anticoncepcionais após 1960, o aborto permaneceu como um importante recurso de regulação da fecundidade. Segundo a autora, a decisão da Suprema Corte legalizando o aborto em 1973 deve ser interpretada como uma "acomodação" do Estado e do sistema legal a uma prática social *de facto*.

A luta pela livre decisão reprodutiva constituiu, historicamente, um princípio organizativo do movimento feminista norte-americano. Ao longo da década de 1980, em função da pressão de setores conservadores contra o aborto legal, este tema assumiu grande densidade política. A introdução do Norplant, em 1990, nesta atmosfera política particular provocou reações bastante diversificadas entre as feministas americanas. Em alguns casos a crítica ao método ficou contida de maneira a evitar um reforço das posições conservadoras com relação à contracepção. Além disso, num contexto de agravamento das desigualdades sociais e de crescentes dificuldades no sistema público de saúde, vários grupos reivindicaram redução dos custos do Norplant de maneira a facilitar o acesso ao método por parte das mulheres pobres<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> Segundo Ferringa: "As leis de esterilização compulsória eram comuns na maioria dos estados... Até 45 mil pessoas foram esterilizadas nos Estados Unidos entre 1907 e 1945, e muitas delas eram pobres... A esterilização compulsória foi praticada ao longo da primeira metade deste século, entretanto, para todos os efeitos, a esterilização como opção contraceptiva voluntária não existia para muitas mulheres". FERRINGA, B., IDEN, S. e ROSENFELD, A.. Norplant: potential for coercion. In SAMUELS, Sarah e SMITH, Mark (org.), *Norplant and Poor Women*. Menlo Park, CA: The Kaiser Forums, 1992.

<sup>11</sup> PETCHESKY, R., *Abortion and Women's Choice. the state, sexuality and reproductive freedom* Boston, Northeastern University Press, 1990.

<sup>12</sup> SCOTT, J. Norplant and Women of Color. In: SAMUELS, S. e SMITH, M. (org.), *Norplant and Poor Women*. The Kaiser Forums (s. l.), 1992, p. 39-52

## Realidades do Norplant: lacunas entre protocolo e operações de campo

A revisão da literatura disponível permite concluir que, na Indonésia, a distribuição do Norplant não tem obedecido às normas estabelecidas pelas agências internacionais. Em geral não se faz a anamnese rigorosa das usuárias potenciais, sendo esta distorção mais freqüente no contexto dos "safáris" (dada a velocidade das operações). Os profissionais de saúde afirmam que os protocolos não são seguidos porque as próprias mulheres preferem não ser submetidas a exames pélvicos<sup>13</sup>. Resulta daí que um número significativo de mulheres grávidas tiveram implantes inseridos desde a década de 80. Os profissionais de saúde carecem de treinamento adequado e os serviços não dispõem de informação escrita sobre os efeitos colaterais do Norplant. As mulheres não são corretamente informadas sobre os efeitos colaterais, sobre a possibilidade de obter a remoção do implante sob solicitação, nem mesmo quanto à expiração do efeito contraceptivo ao final de cinco anos.

Observando que os registros clínicos estavam incompletos, Kasidi e Miller e Ward<sup>14</sup> estimam que os serviços "perdem" uma média de 10 por cento das clientes num período de cinco anos. Com base nesta estimativa, uma projeção simples sugere que 130 mil mulheres indonésias poderiam não voltar ao serviço para remover o Norplant depois de expirado seu prazo de validade. A dificuldade de se localizar usuárias é certamente acentuada pelas migrações, mas não foi possível obter nenhuma informação analítica correlacionando o uso do Norplant e os deslocamentos populacionais. Dados do BKKBN indicam, porém, um crescimento rápido do número de aceitantes do Norplant em Iria Jaya e no Timor entre 1990 e 1991.

Ward documenta preparo técnico inadequado dos profissionais de saúde, carência de equipamentos e distribuição "apressada" dos implantes; Kasidi e Miller enfatizam a necessidade de assegurar técnicas assépticas. Quanto à remoção quando solicitada, tanto Ward quanto Hanhart<sup>15</sup> informam que as mulheres que requerem o procedimento, por se ressentirem dos efeitos colaterais, têm a remoção recusada ou, pelo menos, postergada. Paradoxalmente, algumas mulheres têm seus implantes removidos quando, em lugar de se queixarem dos efeitos colaterais, afirmam que desejam engravidar. Como o método é considerado caro pelo BKKBN, recomenda-se às aceitantes que usem os implantes até que expirem. Lubis<sup>16</sup> identifica o "custo do implante"

---

<sup>13</sup> NOERPRAMA. The Norplant Removal Training and Services at Dr. Karadi Hospital, Semarang, Indonesia. *Advances in Contraception*, 7, 1991, p. 389-401. Kluwer Academic Press, Netherlands.

<sup>14</sup> KASIDI, H. e MILLER, P.. *Norplant Use Dynamics Diagnostics*. Relatório final, BKKBN/Population Council, 1992; WARD, S., SIGIT SIDI, I., SIMMONS, R. e SIMMONS, G.. *Service Delivery Systems and Quality of Care in Implantation of Norplant*. Relatório preparado para o Population Council em 1990.

<sup>15</sup> HANHART, J.. Women's Views on Norplant: a study from Lombok, Indonesia. In. MINTZES, B., HARDON, A. e HANHART, J. (org.), *Norplant: under her skin*. Amsterdã: Wemos and Women's Health Action Foundation, 1993, p. 27-45.

<sup>16</sup> LUBIS, F., SIGIT SIDI, I., AFFANDI, B. et al.. User's Attitude about Norplant Contraceptive Subdermal Implant (mimeo). Jakarta: Yayasan Kusuma Buana Foundation, 1989.

como um complicador importante no contexto de distribuição e acompanhamento: 37% das mulheres ouvidas afirmam “não dispor de recursos suficientes para pagar os encargos de remoção”.

As avaliações críticas quanto ao programa do Norplant provocaram reações por parte do BKKBN. Num documento publicado em 1992, o conselho do programa reconhece as distorções do sistema de distribuição e afirma determinação no sentido de corrigi-las. Valorizando a ordem hierárquica do sistema governamental indonésio, algumas agências internacionais consideram que estas definições poderão assegurar a médio prazo “qualidade da assistência” e a “liberdade de escolha”. Outros observadores afirmam, porém, que as mudanças, se ocorrerem, podem levar mais tempo do que o esperado e apontam para a incongruência que se registra, historicamente, entre o discurso oficial e as operações de campo realizadas pelo BKKBN. As feministas são também pessimistas, pois não existem grandes possibilidades de que “liberdade reprodutiva” seja assegurada às mulheres em contextos em que o autoritarismo e as desigualdades de gênero não são desafiados e transformados.

### **Realidade do Norplant: eficácia versus segurança**

Hardon<sup>17</sup> avalia criticamente oito estudos de aceitabilidade do Norplant e levanta uma série de preocupações pertinentes. A autora sustenta que os contextos clínicos onde os estudos ocorreram podem ter influenciado as respostas dos sujeitos; sublinha a falta de perspectivas antropológicas nas metodologias utilizadas para investigar as experiências das usuárias; e questiona os critérios de aceitabilidade, afirmando que a ênfase na continuidade e descontinuidade de usos dos implantes prevalecem como referências da maioria dos estudos. A revisão da literatura sobre a Indonésia dá sustentação aos argumentos de Hardon. Vários trabalhos sugerem que “aceitação do Norplant” deveria ser interpretada menos como preferência pelos implantes do que como expressão da insatisfação com os métodos usados anteriormente. Na pesquisa de Lubis, 43% das usuárias mudaram para o implante porque não podiam suportar os efeitos colaterais das pílulas, do DIU ou dos injetáveis. No relatório final de uma pesquisa clínica de cinco anos (1982-1987), Noerprama registra que, entre 338 usuárias do Norplant, 128 (37,9%) decidiram usar um segundo dispositivo depois da expiração do prazo de cinco anos, mas 96 (28,4%) optaram pelo uso de camisinhas.

O dilema entre eficácia e segurança deve ser explorado em outros de seus aspectos. Quando os cientistas avaliam os riscos dos contraceptivos, fazem-no com base em uma referência estritamente fisiológica e tendem a minimizar a importância dos distúrbios biológicos que “não ameaçam a vida”.

---

<sup>17</sup> HARDON, A.. Norplant: conflicting views on safety and acceptability In MINTZES, B., HARDON, A. e HANHART, J. (org ), *Norplant: under her skin*. Amsterdã. Wemos and Women's Health Action Foundation, 1993, p. 7-26.

Nesta perspectiva, os riscos e efeitos colaterais tendem a ser minimizados em contextos nos quais a taxa de mortalidade materna e feminina é alta - como no caso da Indonésia. Já a abordagem feminista dá relevância aos efeitos colaterais dos contraceptivos que afetam a experiência subjetiva e social das mulheres. Sangramentos excessivos podem resultar na exclusão das mulheres de atividades sociais e religiosas<sup>18</sup>. A amenorréia é sempre experimentada com ansiedade - como um sinal de gravidez - por mulheres que optaram por método de longa duração. Os mesmos efeitos fisiológicos afetam, de maneira negativa, o desempenho das mulheres no trabalho, como por exemplo trabalhadoras agrícolas e industriais que realizam tarefas físicas pesadas, ou ainda no caso mais especial das "trabalhadoras do sexo".

Hoje estão disponíveis muitas investigações sobre efeitos colaterais do Norplant, assim como quanto à percepção das mulheres sobre os mesmos<sup>19</sup>. Entretanto, tanto as feministas quanto os pesquisadores reconhecem que pesquisas biomédicas, mais detalhadas, se fazem necessárias para permitir uma avaliação mais rigorosa dos efeitos de curto e de longo prazo do Norplant. Deve-se também lembrar que a crescente incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), e mais especialmente do HIV/AIDS, entre as mulheres exigem, no momento atual, uma revisão radical dos parâmetros de segurança dos métodos contraceptivos. Os novos critérios de avaliação devem incluir hoje os riscos de contaminação relacionados a procedimentos médicos e faz-se urgente a pesquisa de métodos que combinem a proteção contra doenças e a prevenção da gravidez.

No que se refere especificamente ao Norplant, o risco de contaminação está presente tanto nas circunstâncias de implante e de remoção, quando não se garantem condições de assepsia, quanto nos casos em que o uso do método vem sendo promovido em contextos caracterizados por elevada incidência de DSTs e HIV/AIDS. Vale dizer que estas circunstâncias estão presentes em vários dos países nos quais o Norplant foi aprovado para uso - Tailândia, Haiti, Ruanda, Quênia - assim como entre os grupos urbanos pobres nos Estados Unidos.

### **Realidades do Norplant: potencial de abuso**

Nos Estados Unidos, entre 1990 e 1993, dois juízes exigiram o uso do Norplant como condição para o *sursis* de mulheres condenadas a penas de prisão. O Alan Guttmacher Institute relata que, no período de 1991-1992, aproximadamente vinte decretos, emendas e propostas de reforma na área do bem-estar social envolvendo o uso do Norplant foram apresentadas em

---

<sup>18</sup> HANHART, J., op. cit..

<sup>19</sup> ZIMMERMAN, M., HAFEEY, J., CRANE, E et al. Assessing the Acceptability of Norplant R Implants in Four Countries: findings from Focus Group Research. *Studies in Family Planning*, 21(2), 1990, p. 92-103

treze legislaturas estaduais. Segundo a imprensa<sup>20</sup>, a maioria destas iniciativas propõe que o Estado promova o uso do Norplant entre as adolescentes negras, as mulheres pobres e sustentadas pela previdência ou processadas por abuso de crianças. Vale registrar porém que até o momento (maio de 1993) nenhuma destas proposições legislativas foi aprovada. Por outro lado, o Conselho Curador da Associação Médica Americana explicitou, em abril de 1992, franca oposição a este tipo de conduta legal. O Black Women's Health Project também listou uma série de circunstâncias que poderiam favorecer a coerção no uso do Norplant entre as mulheres negras, pobres ou sustentadas pela previdência. As posições críticas destas organizações têm como referência principal a evidência anterior de abusos, particularmente no caso da esterilização. O próprio Population Council expressou sua preocupação com o potencial de abuso do método antes e imediatamente depois de sua aprovação pelo FDA.

A experiência indonésia oferece outras referências para a análise crítica do abuso e da coerção. Hanhart, Lubis e Ward<sup>21</sup> descrevem mecanismos sutis de constrangimento que afetam a decisão reprodutiva das mulheres. Comparativamente à cultura norte-americana, no contexto indonésio as decisões individuais têm menos peso que as opiniões e valores dos grupos de referência social e das autoridades. Isto é particularmente acentuado no caso das mulheres, o que torna os conceitos de "escolha", "autonomia" e "direitos" vazios de substância<sup>22</sup>. No Lombok, algumas mulheres abandonaram o DIU, com o qual estavam satisfeitas, como resultado da pressão das autoridades do povoado. Dados coletados por Lubis, em área urbana, mostram que 10% das usuárias haviam mudado de método por efeito da recomendação explícita dos funcionários do programa de planejamento familiar. Segundo Ward, a fronteira entre persuasão e coerção nas atitudes dos profissionais de saúde que promovem o Norplant pode ser muito difícil de discernir.

### **As peças que faltam: mecanismos de mediação social**

A literatura convencional publicada sobre o Norplant surpreende pela falta de atenção com relação aos contextos em que o método vem sendo disseminado e que podem explicar, em grande parte, as distorções dos programas de distribuição. Faltam, em geral, informações e avaliações mais abrangentes e precisas sobre as estruturas sociais e políticas que prevalecem no entorno dos serviços, em particular no que diz respeito às relações desiguais entre homens e mulheres. Na literatura não feminista sobre a Indonésia a

---

<sup>20</sup> GLADWELE, M.. Science Confronts Ethics in Contraceptive Implant: long term birth control near approval. *Washington Post*, 28/04/1991, KANTROWITZ, B. e WINGERT, P., The Norplant Debate. *Newsweek*, fevereiro 1993, p. 36-39.

<sup>21</sup> HANHART, J., LUBIS, F., WARD, S, op. cit..

<sup>22</sup> KEELER, W.. *Speaking of Gender in Java*. In: ATKINSON, J. e ERRINGTON, S. (org.), *Power and Difference*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1990, p. 127-152.

coleta de dados se restringe predominantemente à relação entre tecnologia e usuárias, ou ainda entre as usuárias e os profissionais de saúde. Como a análise acerca dos sistemas de distribuição se faz de maneira isolada do contexto social e político mais amplo as lacunas são inúmeras. A maior parte dos relatórios falha em compreender a relação existente entre o contexto social de desigualdade entre os gêneros e as limitações identificadas na distribuição e uso do método. Ward, por exemplo, não explora em profundidade as razões que poderiam explicar a recusa do exame pélvico, por parte das mulheres indonésias. O texto de Hanhart, onde estes aspectos são examinados em profundidade, sugere que o modelo de metas do BKKBN é potencializado por todo um conjunto de percepções culturais relativas ao corpo, à sexualidade e ao lugar e papel das mulheres.

A literatura feminista é mais precisa na avaliação dos contextos. Entretanto, tende a se deslocar muito rapidamente do plano micro (a experiência corporal e de saúde das mulheres) para o plano macro das políticas internacionais de controle da fertilidade. O material analisado, embora dê grande ênfase ao papel desempenhado pelo *establishment* populacional, nem sempre examina com a devida atenção outros determinantes, como por exemplo as relações Estado/sociedade e as tendências econômicas. Na maioria dos casos tampouco se investiga, com maior acuidade, a articulação entre as concepções e percepções de gênero através dos mecanismos de mediação entre a produção da tecnologia e a experiência cotidiana das mulheres.

A clarificação dos contextos é fundamental nos esforços de avaliação do uso, riscos e distorções do Norplant. Cientistas e profissionais de saúde frequentemente reagem à crítica feminista afirmando que se deveria estabelecer uma distinção analítica mais precisa entre as características técnicas do método e os limites dos sistemas de distribuição e apoio ao uso do método. Entretanto, nem sempre é fácil deslindar as dimensões intrínsecas da tecnologia das distorções presentes nos sistemas de saúde e seu entorno. As atitudes criticáveis dos profissionais de saúde que atuam no programa Norplant-Indonésia podem estar relacionadas ao treinamento inadequado e à carência de informação técnico-científica. Mas elas estão também diretamente associadas ao sistema político autoritário, ao modelo de metas demográficas adotado pelo BKKBN e às formas assumidas pela subordinação das mulheres, nos vários contextos culturais do país. Nas condições inteiramente diversas que se registram nos Estados Unidos - em que pesem o treinamento cuidadoso dos profissionais e o intenso debate público sobre o método -, o Norplant também mobiliza um forte **apelo à coerção**. Esta coincidência está, possivelmente, relacionada às características inerentes à própria tecnologia.

A visão dos contextos ilumina também aspectos pouco debatidos na controvérsia acerca das tecnologias reprodutivas. A divergência central no debate sobre o Norplant pode ser descrita como uma oposição entre os setores que defendem, acima de tudo, o princípio da "livre escolha contraceptiva" e aqueles que consideram os poderes da tecnologia muito

superiores às possibilidades de que mulheres preservem sua autonomia. A primeira vertente considera a mulher como uma consumidora em face de um produto. Todo o poder é atribuído ao indivíduo mulher, como se ela pudesse sobrepujar os constrangimentos sociais e as armadilhas tecnológicas. As "redes de segurança" que permitem uma primeira decisão, uma ocasional mudança de idéia e a possibilidade de se proteger contra os riscos ou abusos ficam subsumidas no interior de um **fetichismo da escolha**. De seu lado, o dogmatismo anti-tecnológico padece de um desvio similar. Sua matriz conceitual supõe um antagonismo fixo entre a ciência produzida pelos homens e a identidade e o corpo femininos. Resulta daí uma dicotomia simplificada que não dá conta das conexões - constantemente reconstruídas - entre a produção, introdução e uso das tecnologias e os contextos históricos concretos nos quais estes processos ocorrem. Num discurso construído "a partir de lugar nenhum"<sup>23</sup>, prevalece o **fetichismo dos sistemas**. Como as técnicas e dispositivos são concebidos e tratados como estando muito além do alcance dos seres humanos, não podem ser controlados e transformados pelas sociedades.

Entretanto, no mundo real, mecanismos de mediação social e política existem sempre e podem ou não favorecer o "poder das mulheres" e reforçar sua autonomia reprodutiva. O exemplo da Indonésia é uma ilustração desanimadora de como mecanismos de mediação negativos podem estrangular a capacidade de decisão das mulheres. Não sem razão propicia um argumento convincente para as posições mais dogmáticas contra o uso das novas tecnologias. O cancelamento das pesquisas do Norplant no Brasil parece se encaixar numa categoria intermediária, na medida em que o episódio não pode ser inteiramente compreendido sem que sejam contabilizadas as condições políticas do período, marcadas pela democratização e emergência do movimento feminista<sup>24</sup>.

O contexto americano corresponde a uma terceira categoria: situações nas quais de fato existem mecanismos para apoiar a escolha individual das mulheres e facilitar o monitoramento e a correção dos abusos. O Norplant, possivelmente, não é a melhor escolha contraceptiva para as mulheres norte-americanas. Entretanto, a rápida ampliação de seu uso a partir de 1990 ocorreu de maneira relativamente segura em função da existência das redes de segurança representadas por vários mecanismos de mediação política e social. O primeiro deles está relacionado à estabilidade dos procedimentos democráticos e, em seu interior, à atuação de um movimento articulado pelos direitos reprodutivos (além de outros atores políticos organizados). O segundo é constituído pela rede de organizações voltada para a

---

<sup>23</sup> HARDING, S. Reinventing Ourselves as Other: more new agents of history and knowledge. In: KAUFFMAN, Linda S. (org.), *American Feminist Thought at Century's End: a reader*. Cambridge, MA: Blackwell Publishers, 1993, p. 140-164.

<sup>24</sup> BARROSO, C., CORRÊA, S., op. cit .

proteção dos consumidores, que opera no interior do próprio sistema de mercado. Um "acidente" com o Norplant no contexto norte-americano - a exemplo do que aconteceu no caso do DIU Dalkon Shield - custaria milhões de dólares ao laboratório fabricante (Wyeth).

Estas redes e mecanismos não existem, entretanto, em todos os contextos, sendo particularmente frágeis nos países em desenvolvimento. E mesmo nas condições "tão especiais" que se observam nos Estados Unidos, a análise desenvolvida pelas organizações de mulheres negras e outras minorias étnicas informam que as redes de segurança existentes não se estendem ao conjunto da sociedade e são pouco efetivas em circunstâncias em que continuam a prevalecer as desigualdades racial, étnica ou de classe.

## **Pensando o futuro**

O exame da literatura disponível sobre o Norplant demonstra que as críticas levantadas pelas feministas há dez anos não perderam substância. As informações coletadas para a realização deste trabalho ilustram bem o que George Zeidenstein apontou como sendo um dos dilemas mais agudos da pesquisa contraceptiva contemporânea: "...o que cria o nosso dilema é que os métodos contraceptivos mais efetivos e reversíveis - o TCU 380 e o Norplant R - são seguros mas também de longa duração... Neste sentido, eles podem ser vistos, como já foi visto o sistema Norplant R por alguns funcionários nos Estados Unidos, como atalhos fáceis para solucionar problemas sociais mais amplos"<sup>25</sup>.

A experiência com o Norplant na década de 90 demonstra que as perspectivas críticas do feminismo deveriam ser efetiva e consistentemente consideradas nas primeiras etapas de desenvolvimento de novos métodos anticoncepcionais. A possibilidade de intervir prematuramente nos projetos de investigação científica no campo da contracepção assume um significado especial no ambiente político que conduz à Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), que terá lugar no Cairo em setembro de 1994. Caso uma perspectiva consistente de saúde e direitos reprodutivos resulte da CIPD, as premissas científicas que hoje presidem o desenvolvimento de tecnologias contraceptivas estarão necessariamente sujeitas a revisões. A trajetória recente do Norplant também demonstra que mudanças substanciais precisam ocorrer em esferas que extrapolam o domínio estritamente técnico-científico. Reformas profundas são necessárias nos planos em que estão conformados os mecanismos de mediação - cultural, social e política - que constroem, na vida cotidiana, as possibilidades de que os sujeitos humanos, e mais especialmente as mulheres, tomem decisões autônomas e informadas sobre sua própria fecundidade.

---

<sup>25</sup> ZEIDENSTEIN, G.. Dilemmas of Public Sector Contraceptive Development. *Anais do International Symposium on Recent Advances in Female Reproductive Health Care*. Helsinki, 1992, p. 17-21.