

O acesso à contracepção de emergência como um direito?

Os argumentos do Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência

Luíza Lena Bastos^(a)
 Miriam Ventura^(b)
 Elaine Reis Brandão^(c)

Bastos LL, Ventura M, Brandão ER. Access to emergency contraception as a right? The arguments of the International Consortium for Emergency Contraception. *Interface* (Botucatu). 2014; 18(48):37-46.

The International Consortium for Emergency Contraception (ICEC) has been one of the main disseminators of emergency contraception, which is a strategic drug for public policies that involves sexual and reproductive rights. It has been constituted as a strong academic and political interlocutor, fueling the debate between the different continents. The aim of this paper was to reflect on some discursive elements presented by the consortium on its website, in order to expand access to emergency contraception.

Keywords: Emergency contraception. International Consortium for Emergency Contraception. Reproductive rights. Reproductive health. Sexuality.

O Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência (ICEC) tem sido um dos principais difusores da Contracepção de Emergência (CE), um medicamento estratégico para as políticas públicas que envolvem os direitos sexuais e reprodutivos. Ele se constitui em forte interlocutor político e acadêmico, fomentando o debate entre os vários continentes. Este artigo pretende refletir sobre alguns elementos discursivos apresentados pelo consórcio, em seu *website*, para expandir o acesso à CE.

Palavras-chave: Contracepção de emergência. Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência. Direitos reprodutivos. Saúde reprodutiva. Sexualidade.

^(a) Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Avenida Horacio Macedo, s/nº, próxima à Prefeitura Universitária da UFRJ, Ilha do Fundão, Cidade Universitária. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21941-598. luizalena2@gmail.com

^(b,c) Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. miriam.ventura@iesc.ufrj.br; brandao@iesc.ufrj.br

Introdução^(d)

Segundo Philippe Pignarre¹, o medicamento é um objeto social que cria atores e uma relação entre eles. A CE^(e), conhecida como “pílula do dia seguinte”, ao mesmo tempo em que se socializa define o social. É apenas no encontro com o corpo da mulher que poderemos compreender as dimensões que este medicamento faz surgir na medida em que se encontra em sociedade. Dessa forma, para pensar a CE além de um simples medicamento, mas um instrumento que participa de redefinições na sociedade, que conecta o biológico e o social, é preciso entender o contexto no qual ela está inserida.

Este artigo pretende refletir sobre os elementos que o Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência utiliza para construir seus argumentos na defesa do direito ao acesso à CE através de seu *website*. Trata-se de uma pesquisa socioantropológica, centrada na análise dos documentos veiculados pelo ICEC em seu *website*. Foi realizado um recorte do espaço virtual e selecionada a subseção contida na seção “Publicações e Fontes” (Publications and Resources) e denominada de “Publicações do ICEC” (ICEC Publications), pois ela veicula apenas textos produzidos por membros do consórcio sem levar em consideração outras publicações possíveis que sejam veiculadas pelo consórcio em outras seções do *website*.

Contracepção de emergência: uma alternativa contraceptiva

A CE é um medicamento contraceptivo, utilizado após o ato sexual, que oferece à mulher uma última chance de evitar a gravidez, e representa um importante contraceptivo para as políticas de planejamento reprodutivo. No Brasil, a CE é aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e consta na Política Nacional de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde³. Além disso, a CE consta no Manual de Assistência ao Planejamento Familiar do MS de 1996,⁴ e foi incorporada às normas técnicas para atendimento às vítimas femininas de violência sexual⁵. Em 1995, foi reconhecida como medicamento essencial pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Tal legislação indica que a CE possui um cenário jurídico favorável para sua utilização no Brasil⁶.

Segundo Foster e Wynn⁷, a CE não é uma tecnologia nova, remete-se aos anos de 1920, quando foi descoberto que altas doses de estrogênio poderiam interferir na gravidez de mamíferos. Foi o trabalho de Parkes e Bellerby, dois fisiologistas britânicos, que levou à pesquisa e ao desenvolvimento de métodos de contracepção pós-coito⁸. Entretanto, a história da CE ganhou destaque quando o médico canadense Dr. Albert Yuzpe descreveu, pela primeira vez, um contraceptivo pós-coito que combinava estrogênio e progesterona nos anos 1970, como método que pudesse responder às consequências de um caso de violência sexual. A partir deste momento, diversos estudos foram realizados sobre o que se denominou o “método Yuzpe”, sendo possível traçar um perfil farmacológico deste medicamento.

O medicamento acabou se popularizando entre as mulheres e, também, entre as organizações e grupos de mulheres. Países como Canadá, Estados Unidos e da Europa começaram a oferecer a CE em casos de agressão sexual, mas o conhecimento sobre a CE ainda estava muito incipiente, o que limitava seu uso. Foi apenas em 1990 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) conduziu um estudo clínico para comparar o método Yuzpe ao método que já havia surgido em 1980, que continha apenas progesterona e estava sendo desenvolvido por empresas

^(d) Este texto deriva de pesquisa que integra o projeto “Uma investigação socioantropológica no âmbito das farmácias: posição dos farmacêuticos e balconistas sobre a contracepção de emergência”, coordenado pela professora Elaine Reis Brandão (IESC/UFRJ), com apoio da FAPERJ/CNPq e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

^(e) De acordo com Westley, Von Hertzen e Faúndes,² Contracepção de Emergência é um termo usado para descrever um grupo de métodos para a prevenção da gravidez quando utilizados nos primeiros dias após a relação desprotegida. Embora muitos métodos hormonais e o DIU tenham sido propostos como métodos pós-coito, o método recomendado pela Organização Mundial da Saúde, em seu estudo publicado na revista *Lancet*, é o Levonorgestrel 1,5 mg (LNG), administrado em uma dose, ao qual este trabalho se refere.

farmacêuticas. O estudo demonstrou a superioridade deste último tipo e levou a um aumento da expansão do acesso à CE, o qual foi coordenado por diversos países e organizações como o Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência (ICEC), que surgiu em 1996. O ICEC teve um papel importante na expansão do acesso ao medicamento, aliando-se a indústrias farmacêuticas e facilitando o registro desses medicamentos e a sua incorporação em manuais e normas de diversos países⁷.

A CE é um medicamento que envolve polêmicas sobre o seu acesso e o seu uso. Existem profissionais de saúde, cientistas sociais, pesquisadores clínicos, ativistas de direitos sexuais e reprodutivos, e interlocutores das indústrias farmacêuticas que defendem seu uso e argumentam que aumentar a disponibilidade do medicamento levará ao sexo responsável, à diminuição das gravidezes imprevistas, redução de gastos para os sistemas de saúde e empoderamento das mulheres. Mas alguns religiosos, profissionais de saúde, e educadores contra-argumentam que o uso do medicamento levará à promiscuidade e à decadência moral, ao incremento de epidemias de doenças sexualmente transmissíveis (DST), em razão do não-uso do preservativo, à morte do embrião, se eventualmente formado. Foster e Wynn⁷ apoiam-se no antropólogo Victor Turner, e acreditam que estas tensões se relacionem com o fato de a CE ser um medicamento que está numa situação liminar. Classificada como um medicamento contraceptivo, mas utilizada após o sexo, isto a confunde com um medicamento abortivo. Desta forma, o acesso a este medicamento e sua disponibilidade nos serviços de saúde se tornam uma questão de saúde pública, com implicações éticas e legais, tornando-se uma questão que recai sobre o domínio dos direitos.

Acesso à contracepção de emergência e direitos

De acordo com Westley, Von Hertzen e Faúndes², o acesso à CE deve ser facilitado, pois é o único medicamento que possibilita à mulher evitar a gravidez após o ato sexual desprotegido. Dados os números de gravidezes indesejadas resultantes de estupros, uso incorreto de outro método contraceptivo, a CE se torna um medicamento importante, dando às mulheres uma segunda chance de evitarem consequências físicas e psicológicas que uma gravidez imprevista pode causar, incluindo a necessidade de um aborto legal ou clandestino. Além disso, os autores argumentam que negar o acesso à CE é violar os princípios básicos dos direitos humanos, incluindo: o direito de decidir reproduzir-se, o direito à não-discriminação de gênero e/ou idade, o direito ao acesso aos medicamentos essenciais, e de se beneficiar do progresso científico⁸.

Segundo Weisberg e Fraser⁹, o acesso à CE é um direito das mulheres, pois garante à mulher uma maneira segura de prevenir a gravidez, caso a mulher não queira ser mãe. A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, que ocorreu no Cairo, em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre as mulheres, que ocorreu em Pequim, em 1995, proclamaram que todos os casais e indivíduos possuem o direito básico de decidir livre e responsabilmente sobre o número de filhos que desejam ter e, também, o direito de ter informações e educação para tal planejamento. Nesse contexto, as autoras esclarecem que o acesso à contracepção de emergência também faz parte de uma linguagem de direitos e envolve questões, como: o direito ao acesso à CE também é um direito à obtenção do medicamento sem a prescrição médica e sem questionamentos sobre a vida sexual. As barreiras ao acesso devem ser removidas, é essencial que a CE seja disponível OTC (over the counter – sem a prescrição de profissional da saúde). O rápido acesso garante uma maior eficácia para o uso do medicamento, e a necessidade de uma prescrição pode ser uma grande barreira para as mulheres devido à dificuldade de se encontrar um prescritor rapidamente, especialmente nos finais de semana ou à noite, quando, geralmente, o contraceptivo é mais necessário. Entretanto, o medicamento deve ser disponível com informações simples e relevantes, numa linguagem não médica⁹.

O direito ao acesso também envolve a eliminação da restrição de uma faixa etária para adquirir a CE; todas as mulheres em idade reprodutiva devem ter o direito de utilizá-la em caso de necessidade. As questões religiosas também se tornam um impedimento para as mulheres receberem o medicamento, pois, em alguns países católicos, por exemplo, a CE é identificada como medicamento abortivo. Neste sentido, as autoras consideram que as evidências sobre o mecanismo de ação da CE devem ser propagadas o máximo possível, pois servirão de argumentos contundentes para apoiar o direito ao

acesso a informações precisas sobre o mecanismo de ação. Lembram que isto já vem sendo publicado pela Federação de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e pelo Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência. Além disso, consideram que o acesso à CE promove o direito das mulheres ao sexo saudável, satisfatório e não procriativo, além do direito de realizar uma escolha informada entre todas as opções de contracepção efetivas, livres da intervenção médica ou estatal⁹.

Para Shaw e Cook¹⁰, o acesso a medicamentos essenciais de saúde reprodutiva é uma questão de direitos humanos. A Federação Latino Americana de Associações de Obstetrícia e Ginecologia declarou, em 2010, que negar a utilização da CE constitui uma violação dos direitos humanos, sobretudo do direito de decidir ter um filho e quando tê-lo; a ser livre de discriminação de gênero e/ou idade; ao acesso ao medicamento e ao progresso científico. Além disso, a associação declarou que o Estado, ao negar o acesso à CE em serviços públicos, discrimina mulheres pobres no seu direito ao cuidado, porque não impede o acesso à CE por mulheres que têm condições de comprá-la em farmácias da rede privada. Concluem seu trabalho afirmando que a aplicação dos direitos humanos para assegurar o acesso aos medicamentos essenciais para a saúde reprodutiva apresenta bons resultados, especialmente em relação à CE. A aplicação dos direitos humanos é crítica para melhorar a saúde materna e do recém-nascido, e assegurar o acesso a medicamentos essenciais, pois os direitos humanos mudam o entendimento das mortes maternas como meros contratemplos para injustiças que os Estados são obrigados a remediar¹⁰.

De acordo com Leite¹¹, após proclamações genéricas relativas ao direito à vida, à saúde, à igualdade e não-discriminação, à integridade corporal e à proteção contra a violência, ao trabalho e à educação, alguns documentos e conferências passaram a se preocupar, especificamente, com a reprodução e sexualidade, e, neste contexto, com a condição feminina; historicamente, a construção dos direitos reprodutivos se deu a partir de algumas conferências: a Primeira Conferência Internacional de Direitos Humanos (Teerã – 1968), que reconheceu a importância dos direitos humanos das mulheres; a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a mulher, assinada em 1979; a determinação, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, do decênio 1976-1985, voltada para a melhoria da condição das mulheres, e a Segunda Conferência Mundial de Direitos Humanos de Viena, em 1993, que teve papel fundamental em declarar os direitos das mulheres como parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos¹¹.

Foi a Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre as mulheres de Pequim, em 1995, que firmaram os direitos reprodutivos como categoria decorrente dos direitos humanos. Foi a partir destas conferências que a dimensão reprodutiva apareceu permeada de uma positividade e ligada à ideia de liberdade, ao se constituir como um direito¹¹. No Brasil, a reprodução se torna possível como um campo legítimo de direitos a partir da Constituição de 1988. É importante destacar que o Brasil avança neste sentido anteriormente ao Cairo, pois, na constituição de 1988, incluiu, no artigo 5º, que versa sobre a igualdade entre gêneros.

Para Leite,¹¹ é importante uma relativização da estreita aproximação dos direitos sexuais e reprodutivos ao direito à saúde para que não sejam focados apenas os aspectos negativos tanto da sexualidade quanto da reprodução. A aproximação dos direitos reprodutivos aos direitos humanos pode facilitar a desvinculação da reprodução estando na perspectiva da doença, do controle e da não-gravidez. A autora acredita que modelar a saúde no contexto dos direitos humanos significa torná-la um bem social básico para a dignidade e o bem-estar dos seres humanos, e deixar de tratar o assunto como um bem médico, técnico e econômico¹¹.

Consórcio Internacional sobre contracepção de emergência: estratégias de ampliação do acesso à CE

O Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência (ICEC) é um consórcio internacional formado por 25 organizações não governamentais para expandir o acesso e promover o uso seguro da Contracepção de Emergência, tendo foco nos países em desenvolvimento.

Em 1995, no mesmo ano em que acontecia a IV Conferência Mundial sobre as mulheres de Pequim, a Fundação Rockefeller convocou uma reunião para discutir a Contracepção de Emergência,

pois, segundo a Fundação, o acesso ao medicamento era precário, sobretudo nos países em desenvolvimento. Esta reunião foi realizada na cidade de Bellagio, na Itália, com a presença de vinte e quatro especialistas de todo o mundo, incluindo o pesquisador brasileiro Dr. Elsimar Coutinho, da Universidade Federal da Bahia, que atuou como presidente da Conferência. Após esta conferência, foi criada a “Declaração de Consenso sobre a Contracepção de Emergência”¹². Neste documento, os especialistas declaram que é papel dos governos, agências intergovernamentais e organizações não governamentais assegurar que a CE seja incluída nas políticas de planejamento reprodutivo e nas Listas de Medicamentos Essenciais. Ao todo, sete organizações estavam envolvidas nesta conferência que, posteriormente, funda o Consórcio: *The Concept Foundation, International Planned Parenthood Federation (IPPF), Pacific Institute for Women’s Health, Pathfinder International, PATH (Program for Appropriate Technology in Health), Population Council, World Health Organization Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction (WHO/HRP)*.

Segundo Senanayake¹³, a combinação de especialistas, fontes e influências fez com que o Consórcio sobre Contracepção de Emergência se tornasse um catalisador da introdução do medicamento e um disseminador de informações sobre a CE ao redor do mundo. Os primeiros quatro países onde a CE foi introduzida com a participação do ICEC foram: Indonésia, Kenia, México e Sri Lanka. Além disso, a autora diz que a vantagem de ser um “consórcio” é que as agências, organizações que participam, falam como “uma só voz”. Entretanto, cada uma possui um nicho de atuação onde tem maior influência¹³.

No contexto internacional, diversas mudanças em relação à facilitação do registro da CE como medicamento, aumento do acesso ao mesmo e promoção de uma maior conscientização da importância deste medicamento para as políticas de planejamento reprodutivo, foram impulsionadas com a ajuda de Organizações Não Governamentais. O Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência (ICEC) é o principal interlocutor internacional e possui diversos parceiros por todo o mundo. O ICEC foi criado em 1996 com o objetivo de transformar a CE em um método padrão nos programas de planejamento reprodutivo ao redor do mundo, com foco nos países em desenvolvimento. Para isso, o ICEC se uniu à farmacêutica Gedeon Richter em 1996, a fim de introduzir a CE em diversos países. Além disso, o consórcio se propõe a oferecer assistência técnica aos governos, agências internacionais e organizações não governamentais^{7,14}.

Na América Latina (AL), o ICEC atua juntamente com o Consórcio Latinoamericano sobre Anticoncepción de Emergencia (CLAE). Souza e Brandão⁶ assinalam que foram os membros desse consórcio os responsáveis pela criação de condições viáveis para a incorporação desse medicamento no Manual de Assistência e Planejamento Familiar do MS em 1996, no Brasil. Dessa forma, é importante observar a configuração do discurso do acesso à CE com a entrada deste novo interlocutor no espaço social.

Alguns elementos discursivos do consórcio

De acordo com os documentos observados, determinadas noções e concepções podem ser acionadas pelo ICEC para defender os direitos ao acesso à contracepção de emergência. Ressaltam-se como pressupostos, as retóricas da ciência biomédica e aquela voltada para uma argumentação que recai sobre lógicas morais. Em seu documento de perguntas e respostas para gestores, por exemplo, publicado na subseção “ICEC Publications”, são levantadas questões de segurança, eficácia e discussões que envolvem o mecanismo de ação da CE. A partir destas categorias, o consórcio evidencia que o medicamento é seguro, eficaz e não abortivo. Além disso, a defesa do fornecimento *over the counter* e para todas as idades também são argumentos veiculados pelo consórcio. Nota-se que, de um lado, tem-se a retórica biomédica/farmacêutica e, de outro, uma ênfase que recai em escolhas morais, na liberdade de decidir, onde todos devem ter acesso ao medicamento sem restrições. Estes domínios constroem um arcabouço argumentativo que o ICEC utiliza para defender o direito das mulheres ao acesso ao medicamento.

Nesta perspectiva, o trabalho de Boltanski¹⁵ nos ajuda a pensar. Para o autor, a formação de coletividades políticas e emocionais, a reivindicação de direitos sob a forma da tópica da denúncia

(justiça, indignação pedagógica, educação das sensibilidades, “deve-se analisar os casos friamente”) e a tópica do sentimento (sensibilidades, emoções, externalização da interioridade, empatia com o que ocorreu com o outro). As palavras “tópicas” devem ser entendidas no sentido de uma antiga retórica, a qual não separa as dimensões argumentativas e afetivas. Segundo o autor, a produção de sentimentos à distância e a reivindicação de direitos se dá pela mediação da combinação das tópicas e pela introdução de um argumento que convergem em comprometimento dos indivíduos e que transita do discurso individual para o comprometimento coletivo. O comprometimento é um comprometimento à ação, mas o autor questiona qual a forma que ele toma quando é chamado a agir à distância. Boltanski¹⁵ propõe que os indivíduos possam se comprometer às causas pelo discurso, adotando posturas em prol da causa que lhes é transmitida. O comprometimento político é sempre mediado pelo discurso e é um fenômeno cada vez mais observado e cada vez mais se expressa na elaboração de políticas públicas, nos discursos e nas ações¹⁵.

Lacerda¹⁶ e Figurelli¹⁷ vão desvendando, ao longo de suas teses, o modo como linguagens de direitos vão sendo construídas por diferentes atores sociais a partir de gramáticas morais e emocionais (injustiça, sofrimento, humilhação), em uma escala que mostra a tradução de experiências locais (pessoas, familiares) em linguagens coletivizadas, de direitos, de causa e luta. Em uma escala diferente, Hahn e Holzscheiter¹⁸ assinalam que as ONG, agindo por meio do seu poder simbólico, medeiam as experiências locais em linguagens de direitos, defendendo altruisticamente os interesses e perspectivas dos outros, se referindo a uma linguagem moral e argumentativa¹⁶⁻¹⁸.

A fim de promover uma reflexão sobre o conceito das ONG, o trabalho de Hahn e Holzscheite¹⁸ argumenta sobre a ambivalência de suas ações, pois é em um campo de tensões entre o empoderamento e as restrições estruturais que o discurso das ONG internacionais se detém. Agindo como os defensores de uma causa, são conferidas com um poder moral e credibilidade que possibilitam que exibam várias dimensões de um poder simbólico. Tomando o conceito de Bourdieu, de capital simbólico, as autoras assinalam que as ONGs possuem um certo capital simbólico. Elas são vistas como atores legítimos, respeitabilidade conferida por outros atores, ou seja, possuem um acúmulo de reconhecimento e reputação, o que é fundamental para que sejam vistas como autoridades morais que fornecem informações verossímeis¹⁸.

Este capital simbólico, do qual as Organizações Não Governamentais são investidas e que as legitima, remete ao seu poder de representação. Segundo Bourdieu¹⁹, o ato de representar, isto é, delegar a uma pessoa ou grupo o poder de falar e agir em seu lugar, é um ato complexo que merece reflexão. Existe uma autonomia do direito que possibilita a produção de classificações, uma ilusão socialmente constituída que faz parecer que o direito só reconhece e não cria. Neste sentido, o poder da representação também classifica e “dá nome” aos grupos: “É porque o representando existe, porque representa (ação simbólica), que o grupo representado, simbolizado, existe e faz existir, em retorno, seu representante como representante de um grupo”¹⁹.

Dessa forma, percebe-se que, nessa relação circular, o porta-voz pode ser considerado como a *causa sui generis*, já que ele é a causa do que produz o seu poder, já que o grupo que o investe de poderes não existiria – ou não existiria plenamente enquanto grupo representado – se ele não estivesse ali para encarná-lo¹⁹.

Assim, a delegação é o ato pelo qual um grupo se constitui, dotando-se de um conjunto de coisas – uma sede, militantes profissionais, uma organização burocrática, como: uma marca, uma sigla, assinatura, carimbo oficial etc. O grupo existe a partir do momento em que se dotou de um órgão permanente de representação capaz de “falar por”, “falar no lugar de”. Dessa forma, esse ato original, filosófico e político da representação é um ato de magia que permite fazer existir o que não passava de uma coleção de pessoas plurais, vários indivíduos justapostos, sob a forma de uma pessoa fictícia, um corpo místico encarnado num corpo biológico¹⁹.

Aquilo que é *bios* – o corpo, a vida e a saúde – é um tema que vem assumindo grande relevância junto a diversas disciplinas e convergindo com os estudos sociais sobre saúde, num campo onde interagem debates sobre biomedicina e sociedade, ciência e democracia, conhecimento e poder²⁰. De acordo com Camargo²¹, a biomedicina é uma racionalidade do conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da biologia, e vincula-se a um imaginário científico que possui um caráter

generalizante, mecanicista e analítico, isto é, esta racionalidade produz discursos universalizantes e naturalizantes que concebem o universo como gigantesca máquina e, além disso, uma abordagem teórica e metodológica que é adotada para elucidar “leis gerais”. Assim, a biomedicina se torna um espaço importante de intervenção e regulação da sociedade, dos corpos, ao mesmo tempo em que as próprias ciências da saúde e da vida vão assumindo relevância política, pois contribuem para definir o que é igualdade e diferença biológica, social, justiça e os limites de cidadania. A ideia de biomedicalização a partir da ideia de biopoder designa a entrada daquilo que é *bios* no domínio do poder e da política a partir da relevância dada ao discurso científico da biologia. Por outro lado, a biologia, o corpo e a saúde se tornam objetos de luta política na sociedade^{20,21}.

A entrada do *bios*, do discurso médico, na vida das pessoas é o que Conrad²² chama de medicalização, ou seja, o processo no qual problemas não médicos se tornam definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doença e desordem. Para o autor, a medicalização é uma ação coletiva que envolve o poder da autoridade médica, seja ele cultural ou de influência profissional; além disso, os movimentos sociais, grupos de interesses, pacientes e indústrias farmacêuticas também promovem a medicalização. Dessa forma, a medicalização aumenta o controle social médico sobre o comportamento humano pela expansão de uma jurisdição médica²².

Conrad²² concorda com Foucault e argumenta que este é um processo que advém de dois sonhos da medicina (profissão médica nacionalizada e desaparecimento das doenças), os quais são isomórficos: o primeiro se expressa numa maneira positiva, militante, a medicalização dogmática da sociedade, o estabelecimento de uma quase religião e o estabelecimento de um clero terapêutico; já o segundo, se expressa negativamente, pois, ao exterminar todas as doenças, a própria medicina desaparecerá juntamente com o seu objeto. Para o autor, a medicalização pode ser reconceitualizada em biomedicalização se a pensarmos como o aumento do processo de medicalização. Um processo multissituado, multidirecional, que hoje está sendo reconstituído por práticas tecnocientíficas da biomedicina. Entretanto, Conrad²² argumenta que o conceito de biomedicalização é muito mais amplo, mas pondera que claras mudanças na medicina tiveram um impacto sobre a medicalização.

De acordo com Browner e Sargent²³, um grande esforço para a análise das múltiplas forças sociais que modelam experiências de reprodução das mulheres também dirigiu a atenção da antropologia médica para os modos como as ideologias e práticas da biomedicina determinam as opções de reprodução. A sinergia entre pesquisadoras feministas e ativistas gerou uma abordagem política da saúde das mulheres, diferente da abordagem biomédica, havendo uma resistência das mulheres diante da autoridade da biomedicina. A ideia de que a política permeia todos os aspectos da sexualidade e reprodução, o que levou ativistas feministas a se engajarem em lutas a favor da contracepção e aborto, contra aids, contra a gravidez na adolescência etc. Segundo as autoras, alguns estudos antropológicos mostram que os debates referentes aos riscos do uso de estrogênio, por exemplo, são influenciados pelo fato de que este é prescrito apenas para mulheres. Tais estudos demonstram que o desenvolvimento tecnológico no campo da saúde das mulheres é determinado mais por fatores ideológicos e sociológicos do que por interesses e necessidades das próprias mulheres²³.

Isto vai ao encontro do trabalho de Conrad²² quando diz que os estudos sociológicos e de escolas feministas têm mostrado quanto os problemas das mulheres têm sido desproporcionalmente medicalizados. Por exemplo: os estudos de reprodução e controle de natalidade, nascimentos, infertilidade, síndrome pré-menstrual, menopausa, entre outros. O autor enfatiza o aspecto de gênero, enquanto a medicalização do corpo feminino continua, o corpo masculino está se tornando medicalizado. Portanto, a saúde e o direito medeiam a regulação da sexualidade e reprodução e, no campo da reprodução, o corpo da mulher, enquanto matriz reprodutiva, é sempre localizado no processo de medicalização.

Considerações finais

Os elementos discursivos do ICEC destacados no artigo, para expandir o acesso à CE, sugerem que processos de medicalização e biopolítica estão sendo gerenciados pelo consórcio para tal objetivo. Dessa

forma, mesmo em uma linguagem dos direitos, a regulação do corpo das mulheres é evidente, não se trata de impor uma lei aos corpos, mas de dispor as coisas e utilizar táticas para que se chegue a um fim. Há uma “intencionalidade sem sujeito” onde a dinâmica é instaurada e reproduzida por todos. Este regime das táticas permite o controle entre os corpos e seus costumes, hábitos, formas de agir e pensar a epidemia, a morte, a reprodução, a sexualidade etc. Dessa forma, para Foucault, o ato de governar terá como instrumento fundamental tanto o interesse individual quanto o interesse coletivo, de gerir a coletividade de modo profundo, nos seus detalhes^{24,25}.

Por fim, é importante destacar que não se trata de dizer a verdade sobre o outro, mas fazer uma objetivação relativa, colocar em cena, pensar e ponderar os discursos que se está observando. Além de indicar os embates e oposições que emergem na defesa dos direitos à contracepção de emergência, importa refletir sobre como os interlocutores, na luta a favor destes direitos, os produzem socialmente.

Colaboradores

Todos os autores participaram diretamente do processo de planejamento do manuscrito. No momento da escrita, participaram com diferentes tarefas no processo: após a redação do artigo, realizada pela autora Luiza Lena Bastos, as coautoras orientaram o manuscrito com correções e sugestões.

Referências

1. Pignarre P. O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. São Paulo: Editora 34; 1999.
2. Westley E, Von Hertzen H, Faúndes A. Expanding access to emergency contraception. *Int J Gynecol Obstet.* 2007; 97:235-7.
3. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: MS; 2011.
4. Ministério da Saúde. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4a ed. Brasília, DF: MS; 2002.
5. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 2. ed. Brasília, DF: MS; 2005.
6. Souza RA, Brandão RE. Marcos normativos da anticoncepção de emergência e as dificuldades de sua institucionalização nos serviços de saúde. *Physis.* 2009; 19(4):1067-86.
7. Foster AM, Wynn LL. Emergency contraception: the story of a global reproductive health technology. Nova York: Palgrave Macmillan; 2012.
8. Prescott HM. The morning after: a history of emergency contraception in the United States. Madison: Rutgers University Press; 2011.
9. Weisberg E, Fraser IS. Rights to emergency contraception. *Int J Gynecol Obstet.* 2009; 106:160-3.
10. Shaw D, Cook RJ. Applying human rights to improve access to reproductive health services. *Int J Gynecol Obstet.* 2012; 119: 55-9.

11. Leite V. Sexualidade adolescente como direito? A visão de formuladores de políticas públicas. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2013.
12. World Health Organization. Consensus statement on emergency contraception. *Contraception*. 1995; 52:211-3.
13. Senanayake P. A new collaboration: making emergency contraceptives available in developing countries. *Int J Gynecol Obstet*. 1999; 67:59-65.
14. Ellertson C, Heimbürger A, Garcia DA, Schiavon R, Mejia G, Corona G, et al. Information campaign and advocacy efforts to promote access to emergency contraception in Mexico. *Contraception*. 2002; 66(5):331-7.
15. Boltanski L. *Distant suffering: morality, media and politics*. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
16. Lacerda P. "O caso dos meninos emasculados de Altamira": polícia, justiça e movimento social [tese]. Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012.
17. Figurelli F. *Famílias, escravidão, luta: histórias contadas de uma antiga fazenda* [tese]. Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010.
18. Hahn K, Holzscheiter A. The ambivalence of advocacy: representation and contestation in global NGO advocacy for child workers and prostitutes. In: *Proceedings of World International Studies Conference; 2005, Istanbul, Turquia*. Istanbul: Bilgi University; 2005. p. 1-36.
19. Bourdieu P. "A delegação e o fetichismo político". In: Bourdieu P, organizador. *Coisas ditas*. São Paulo: Brasiliense; 2004. p. 189-206.
20. Marques FA. Entre bios e polis? Debates contemporâneos sobre saúde, biomedicina e biocidadania. *Prisma Jurídico*. 2010; 9(1):75-89.
21. Camargo Júnior KR. A biomedicina. *Physis*. 2005; 15 Supl:177-201.
22. Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press; 2007.
23. Browner CH, Sargent C. Dando gênero à Antropologia Médica. In: Saillant F, organizador. *Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p. 351-401.
24. Foucault M. A governamentalidade. In: Foucault M, organizador. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 2005. p. 277-93.
25. Furtado M, Szapiro A. Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. *Saude Soc*. 2012; 21(4):811-21.

Bastos LL, Ventura M, Brandão ER. ¿El acceso a la contracepción de emergencia como un derecho? Los argumentos del Consorcio Internacional sobre Contracepción de Emergencia. *Interface* (Botucatu). 2014; 18(48):37-46.

El Consorcio Internacional sobre Contracepción de Emergencia (ICEC) ha sido uno de los principales difusores de la contracepción de emergencia, un medicamento estratégico para las políticas públicas que envuelven los derechos sexuales y reproductivos. Se constituye como un fuerte interlocutor político y académico fomentando el debate entre los varios continentes. Este artículo pretende reflexionar sobre algunos elementos discursivos presentados por el consorcio en su *website* para ampliar el acceso a la CE.

Palabras clave: Contracepción de Emergencia (CE). Consorcio Internacional sobre Contracepción de Emergencia. Derechos reproductivos. Salud reproductiva. Sexualidad.

Recebido em 22/10/13. Aprovado em 03/11/13.