

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas**

Marlene Tamanini

Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas à luz da bioética e das teorias de gênero: casais e médicos no Sul do Brasil.

Março de 2003

Marlene Tamanini

Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas à luz da bioética e das teorias de gênero: casais e médicos no Sul do Brasil.

Orientadora: Miriam Pillar Grossi
Co-orientadora: Luzinete Simões Minella

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Doutora em Ciências Humanas.

Março de 2003

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas**

Marlene Tamanini

Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas à luz da bioética e das teorias de gênero: casais e médicos no Sul do Brasil.

Orientadora Profa. Dra. Miriam Pillar Grossi
Co-orientadora Profa. Dra. Luzinete Simões
Minella

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Miriam Pillar Grossi, UFSC/SC (Presidente)
Profa. Dra. Marilena Villela Correa, IMS/UERJ/RJ
Profa. Dra. Lucila Scavone, UNESP/Araraquara/SP
Profa. Dra. Mara Lago, UFS/SC
Profa. Joana Maria Pedro, UFSC/SC
Profa. Dra. Luzinete Simões Minella, UFSC/SC (co-orientadora)

Suplentes:

Profa. Dra. Juracy Tonelli Siqueira, UFSC/SC
Simone Bateman, Directrice de Recherche, 2^{ème} classe, CNRS, (CERSES/FR)

Março de 2003

Aos meus pais Gentil e Helena

AGRADECIMENTOS

Na hora de agradecer é sempre difícil. Corre-se o risco de não ser suficientemente atenta para enumerar os sinais, os toques, as dicas, as observações sinalizadas na informalidade, nas conversas feitas ao acaso, as soluções, construídas nas respostas às perguntas sobre o que estávamos fazendo. Faz-se necessário agradecer até mesmo as ironias e as adversidades, que foram bastante produtivas, particularmente no início do trabalho. Todas regadas com o vinho bom da presença de pessoas, em sua grande parte anônimas. Também foram inúmeras as intuições nascidas no confronto com as barreiras do caminho, no modo como elas foram sendo superadas, a partir do contato com as pessoas e com a problemática da tese.

Agradecimentos especiais ganham corpo e sentimentos particulares de reconhecimento à bênção das boas idéias, da ampliação dos horizontes, da complexificação do tema, do amadurecimento científico e da capacidade crescida de fazer escolhas e aprimorar o trabalho proposto, que, inicialmente, era ainda como o tatear de quem não sabe reconhecer o terreno.

Nesse sentido, falo especialmente das professoras Miriam Pillar Grossi e Luzinete Simões Minella. Como minha orientadora, a Prof^a. Miriam Pillar Grossi ajudou a decidir sobre este trabalho, acreditou nessa proposta, estimulou-me e despertou em mim o desejo de fazer um doutorado *sanduíche*. Muitas vezes, literalmente, me empurrou para frente, fazendo-me acreditar que esta pesquisa era possível, apesar de meus “resmungos” diante das dificuldades do campo. Também agradeço por sua postura ética, pela seriedade e empenho que pautaram sua orientação. Por me ter ensinado a pensar de forma mais analítica e mais abrangente, por ter sido criteriosa na organização do trabalho. Por seu olhar e leitura atenta, pela sutileza de suas observações, sem os quais não teria percebido inúmeros aspectos desse trabalho. E por ter me introduzido em Paris, quando, apesar de suas inúmeras atividades, disponibilizou seu tempo e suas energias para me acompanhar nas primeiras providências quanto a documentação, além de me familiarizar com a cidade. À Prof^a. Luzinete Simões Minella, que já foi minha orientadora no mestrado, agradeço imensamente por ter aceito ser co-orientadora desta tese. Sei que aceitou por nos conhecermos já de algum tempo, o que foi, sem dúvida, um ganho qualitativo na organização, amadurecimento, e na síntese deste

trabalho. Seu olhar atento configurou as primeiras versões, deu-me o apoio necessário quando às vezes sentia-me cansada com o que se apresentava como “o peso da academia”. Suas muitas observações e seu olhar paciente, sua escuta respeitosa, me ensinaram a separar e a relativizar pontos em que a energia se diluía, resgatando o caminho da construção. Obrigada.

À equipe do IRESCO/CERSES/Fr., agradeço muito pelo que acrescentaram a meu crescimento intelectual, pelo aprendizado plural e o respeito às diferenças, pela acolhida durante o meu doutorado *sanduíche*. Simone Bateman ofereceu-me seu apoio solidário, sua simpatia, a estrutura da biblioteca e do xerox, minimizando em muito meus gastos e criando as condições para que de certo modo eu pudesse me sentir em casa. Também me ofereceu seus livros pessoais, sua acolhida calorosa e franca sempre que se fez necessário. Discutiu meu trabalho, me deu excelentes *dicas*, abriu caminhos de reflexão e me pôs em contato com outros pesquisadores. Sem esse tempo de análise, de pesquisa, de leituras e de acesso a certo acúmulo teórico em relação ao tema, não teria realizado a distância necessária ao amadurecimento, e não teria conseguido as condições para escrever este trabalho.

Agradeço à professora Joana Maria Pedro, que, além de ter lido parte do meu projeto de tese, foi meu ponto de apoio, de amizade e de inúmeras reflexões existenciais e teóricas, particularmente durante nossa estada em Paris. Obrigada.

À professora Mara Lago, muito obrigada pelo incentivo, sempre, pelas inúmeras *dicas* quanto à construção do texto e ao estilo de escrita, por seu apoio e amizade, por sua “cumplicidade” e ponderação, durante o tempo em que fui membro do colegiado desse doutorado.

Agradeço, de modo particular, aos meus entrevistados, que não foram apenas informantes, mas também pontes através dos quais acessei outros casais.

Aos médicos Dr. Ricardo Nascimento e Dra. Kasue Arata, por terem sido facilitadores de alguns contatos com casais usuários de NTRc.

A alguns ex-alunos da UNISUL/SC, que me possibilitaram localizar outros casais.

À minha irmã Maria de Lourdes, por ter sido uma interlocutora fundamental, durante o seu próprio processo de “tratamento”, além de me ter facilitado o contato com algumas pessoas.

Aos médicos e casais entrevistados, que disponibilizaram suas agendas para colocar seu tempo e sua vontade a serviço do meu trabalho. Especialmente, aos casais que me permitiram, de certo modo, entrar na sua privacidade e me revelaram sua história.

Aos colegas do Doutorado Interdisciplinar, com quem pude trocar inúmeras idéias, particularmente aspectos metodológicos que desafiavam o meu objeto de estudo e a mim

mesma no que dizia respeito ao tatear, intrincado e obscuro, do caminho da construção interdisciplinar.

Aos colegas do NIGS, que me conduziram pelas sutilezas antropológicas e seus sentidos subjetivos. Que me confrontaram com a “malícia” dos ditos não ditos, percepção sem a qual não poderia ter lido o conteúdo das entrelinhas.

Aos colegas e professoras da Disciplina Seminário de Tese, com quem partilhei dúvidas epistemológicas e acresci meu trabalho com os sutis aspectos da metodologia, exigida em cada diferente pesquisa por eles empreendida. Também eles me conduziram à reflexão constante; apresentando seus desafios, revelaram meus próprios, pensando suas questões, refiz as minhas. Agradeço a cada um: Siomara Marques, a quem considero de longa data uma amiga, Myriam Aldana V. Santin, Luiz Fernando Córdova, Susana Carmem Tornquist, Débora Sayão, Bernadete Grossi, Adriano Nuremberg, Leandro Ultramari, Merly Adelman, e aos que de modo menos sistemático entraram e saíram durante o período dos seminários. Cada um a seu tempo representou entradas diferentes e novas possibilidades de reflexão e espelhamento do meu trabalho.

À CAPES, pelo apoio que recebi durante o doutorado, através de uma bolsa, em particular durante os seis meses em que estive na França, realizando estágio sanduíche. Ao programa Interdisciplinar em Ciências Humanas, especialmente à coordenação e a Liana, secretária, com quem sempre pude contar.

Há ainda muitas outras pessoas, personagens “ocultas”, impossíveis de serem identificadas por mim, no final do trabalho, mas que, de algum modo, deixaram parte de sua energia e possivelmente de sua influência.

A todos/as que compuseram esta sinergia, muito obrigada.

RESUMO

Esta tese foi desenvolvida a partir de uma perspectiva interdisciplinar, na área das ciências humanas. Ela toma em conta várias contribuições que vêm do campo biomédico, da biologia e das tecnologias genéticas e moleculares, porém, seu ângulo de análise é o sócio-antropológico.

Focamos, à luz dos estudos de gênero, e da bioética feminista, as representações dos médicos que trabalham com tecnologias reprodutivas conceptivas, e dos casais heterossexuais, que fizeram tratamento para engravidar, através do uso da inseminação artificial (IA), da fertilização in vitro (FIV), ou da injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI).

O trabalho desenvolve prioritariamente, os seguintes aspectos: a) as representações de casais e médicos sobre maternidade, paternidade, filiação, e os sentidos envolvidos na busca pelo filho como uma demanda à biomedicina. A abordagem de gênero nos permite problematizar a construção da categoria *casal infértil*, a ética querer do casal, e a contraposição entre útero e espermatozóide. Discutimos como as representações sobre paternidade estão associadas a um conjunto de valores em mudança, e como a maternidade biológica é reforçada no contexto tecnológico, pela busca do filho do próprio sangue; b) as representações dos casais e médicos sobre natureza e cultura e a forma como esta dicotomia opera as/ e nas diferenças de sexo e gênero (masculino e feminino), no contexto do “tratamento” através de NTRc. Em grandes linhas, observa-se se a reprodução assistida acrescenta alguma mudança à apriorística de que a natureza é dominada pela cultura tecnológica, o gênero pelo sexo, o feminino pelo masculino e o natural pelo artificial, no processo de construção da “natureza fértil”; c) os aspectos éticos/bioéticos, levantados a partir do envolvimento dos vários atores, os riscos apresentados pela bibliografia consultada, e os que surgiram durante o processo de “tratamento”, tanto para os casais, como para os médicos e as crianças. Problematizamos o fato de que o “querer do casal”, seja apresentado como legitimador de todas as formas de intervenção, e o modo como o médico é constituído em autoridade moral a decidir sobre a continuidade, ou a interrupção do “tratamento”; d) o conceito de gênero nos permite desconstruir a universalidade do corpo fértil, e a fixidez da natureza, além de recolocar os conteúdos das relações sociais de gênero, a partir da maternidade, paternidade e filiação, no contexto das NTRc. Além disso, agrega-se capacidade analítica ao próprio conceito, na medida que localiza-se a esfera tecnológica em relação com a

cultura da maternidade e da família com filhos e, na medida que vemos intercalarem-se as esferas da natureza e da cultura.

ABSTRACT

This thesis was undertaken from an interdisciplinary perspective in the field of human sciences. It considers a variety of contributions from the fields of biomedics, biology and genetic and molecular technology. Its analytic perspective, however, is social-anthropological.

An analysis based on the perspective of gender studies and feminist bioethics is conducted of the representations of doctors who work with reproductive, conception technology, and those of heterosexual couples who undergo fertilization treatments through artificial insemination (AI), in vitro fertilization, or intracytoplasmic sperm injection (ICSI).

The work focuses on the following factors: a) the representations of couples and doctors about maternity, paternity, kinship, and the meanings involved in the search for a child as a demand upon biomedicine. The field of gender analysis allows us to study the construction of the category *infertile couple* and the counter positioning between uterus and sperm. We discuss how the representations about paternity are associated to a set of values undergoing change and how biological maternity is reinforced in a technological context by the search for a child of one's own blood; b) the representations of couples and doctors about nature and culture and the way in which this dichotomy operates them and upon the differences of sex and gender (masculine and feminine) in the context of "treatment" through New Reproductive Technologies. Broadly speaking, the study found that assisted reproduction has created an a priori change that nature is dominated by the culture of technology, gender by Sex, the feminine by the masculine and the natural by the artificial in the process of construction of "fertile nature"; c) the ethical/bioethical factors, considered based on the involvement of the various actors, the risks discussed in the bibliography consulted and those that arose during the experience of the treatment process both for the couples as well as for doctors and children. We analyze the fact that "couples' wishes" are presented as the legitimating factor in all forms of intervention and the way that the doctor is constituted as one with moral authority to make decisions about the continuity or interruption of "treatment"; d) the concept of gender allows us to deconstruct the universality of the fertile body and the fixed quality of nature. It also analyses the shift in the contents of the social relations of gender, based on maternity, paternity and the importance given to having children of their own blood in the context of the New Reproductive Conception Technologies. In addition, an analytical capacity is added to the concept itself, to the degree that the technological sphere is located in relation to the culture of maternity and the family is to children and to the degree that we interlace the spheres of nature and culture.

Sumário

Introdução	1
Plano da Tese	1
Infertilidade e Reprodução Assistida: definindo termos	7
Contexto Nacional e Global das Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas	16
Parte I. Questões teórico-metodológicas: ética/bioética e gênero	31
Capítulo I. Percurso metodológico	32
1. Histórico do tema	33
2. Os entrevistados	40
3. Perfil dos casais	48
4. História das Clínicas e dos Médicos	51
5. Perfil dos Médicos	54
Capítulo II. Ética/bioética e feminismo no contexto das NTRc	55
1. Ética/bioética na contemporaneidade	55
2. Aspectos ético/bioéticos legais das NTRc	69
3. O Debate ético/bioético feminista sobre NTRc	77
4. Por uma sociologia do risco nas NTRc	91
Capítulo III. Gênero e reprodução Assistida: paternidade, maternidade e filiação	106
1. Binômio sexo/gênero	106
2. Gênero e Cultura	123
3. Filiação e parentesco	135
4. Maternidade e paternidade	145

Parte II. Invertendo natureza e cultura: maternidade e paternidade no contexto tecnológico, seus efeitos e riscos150

Capítulo IV. NTRC: maternidade, paternidade e filiação a partir das representações dos casais e médicos151

1. A contraposição entre útero e espermatozóide	153
2. O Casal infértil	156
3. O Homem e a paternidade	162
4. A mulher e a maternidade	171
5. Maternidade: instinto, desejo, paixão, imortalidade, sentido de vida e de mundo ..	177
6. O filho e a construção da conjugalidade	182
7. A consangüinidade, a doação/recepção de material genético e/ou embriões e a adoção	186

Capítulo V. Natureza ou Tecnologia? Invertendo o natural e o artificial203

1. Os médicos: a construção da natureza fértil	206
2. Os homens: bebê de proveta, natural ou artificial?	224
3. As mulheres: “Ser mãe é o que importa”	232
4. Afinal, natural ou artificial?	246

Capítulo VI. Ética/bioética feminista, a percepção dos casais e o poder da medicina262

1. Comportamento médico derivante do pressuposto “querer do casal”	264
2. Relação de ajuda e limites à sua aceitação: o uso de espermatozoides e a ICSI	269
3. Elementos conflitivos nas relações entre casais, médicos e tecnologia	273
4. Problemas e práticas: legislação, embrião, criança e filho	279
5. Especialização médica: uma solução?	291
6. NTRC: escolhas e direitos	297
7. Necessidade de superação?	300

Considerações finais	307
Referências bibliográficas	325
Glossário	356
Apêndices	357
Anexo	362

INTRODUÇÃO

Plano da Tese

As Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas (NTRc), à luz da bioética feminista e dos estudos de gênero, suscitaram-nos desde o início uma série de desafios. O primeiro foi o de localizar a esparsa produção nacional ligada a esse tema e, nesse ponto em particular, tomar em conta os estudos realizados pela literatura feminista, que se referiam aos procedimentos tecnológicos desenvolvidos prioritariamente sobre o corpo feminino e apontavam à ausência masculina no campo da saúde reprodutiva.

Considerar esse material, fato não tão raro no campo dos estudos de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos forneceu-nos os primeiros parâmetros para estabelecer o caminho circunstanciado de nosso estudo. Já nesse momento nos debruçávamos sobre abordagens que nos impunham a exigência de olhar para as dimensões envolvidas no significado das práticas de médicos e casais, particularmente porque os escritos feministas apontavam para o aspecto mercadológico, associado ao consumo e à transferência biotecnológica no campo das tecnologias moleculares (ROTÂNIA,1999;LABORIE, 1993,1996,1999), além das implicações dos riscos de tais decisões sobre a vida presente e futura relativas à segurança ontológica dos seres, ao corpo das mulheres e a seu elevado custo emocional e financeiro.

A crítica à medicalização, à sua intervenção tecnológica sobre o corpo da mulher e ao desmembramento do seu corpo em órgãos autônomos (CORRÊA, 2001) parecia nublar qualquer possibilidade para quem queria entender o sentido dessas práticas.

Essa constatação, de certo modo negativa, insistia em inviabilizar as possibilidades de perceber outros sentidos, os que estavam significando a busca pelo filho por parte dos casais.

Acreditávamos que, se esses casais buscavam essas formas de se tratar, era porque nessa busca estavam envolvidos significantes que permitiam esses processos. Mas a crítica feminista e mesmo as observações vindas da psicanálise produziam um discurso sobre o corpo, a sexualidade e a reprodução, sobre a interferência tecnológica no corpo feminino,

que nos obrigava, de certo modo, a tomar uma posição política. Coisa que não desejávamos fazer antes de analisar o que os próprios entrevistados diziam.

Essa ambigüidade e essa dificuldade em tomar uma posição nos acompanharam durante o longo tempo do nosso trabalho. Finalmente, embora sabendo fundamental entender a interferência tecnológica sobre o corpo feminino, estávamos cientes também de que seria imprescindível compreender como as experiências e as identidades são mediatizadas pelas tecnologias e como as fronteiras entre natureza e técnica podem ser redefinidas, do mesmo modo que as fronteiras corporais (HARAWAY, 1991).

Diferentes dilemas, na esteira do primeiro, diziam respeito aos aspectos éticos/bioéticos como problemas práticos, que, muitas vezes, demandavam respostas como exigências práticas-deontológicas e políticas, mas que, na maioria dos casos, prestavam-se apenas para permitir a continuidade do trabalho médico. Além disso, havia a positivização quando do seu uso por parte dos entrevistados, posição que parecia relativizar os efeitos, conhecidos ou não, imbricados nesses procedimentos.

Considere-se também que outros parâmetros analíticos foram se colocando ao longo do caminho, em particular aqueles ligados à maternidade, paternidade e filiação, temas que se constituem em novas práticas sócio-familiares, no contexto das NTRc. Esses aspectos, somados à problematização trazida pelos estudos de gênero, nos permitiram delinear o eixo do nosso trabalho, que busca responder às seguintes *questões*: 1. As representações sobre NTRc de casais que as buscaram e de médicos que as ofereceram, permitem estabelecer hipóteses de mudanças culturais nas concepções sobre maternidade, paternidade e filiação? 2. Frente à infertilidade, por que tantos casais querem um filho “a qualquer preço”? Será que para lidar com a ausência do filho, são produzidos sentidos que têm como ponto central demandá-los através da tecnologia médica? De que modo as NTRc têm oferecido resposta a essa demanda? 3. Pensando o binômio sexo/gênero como atributos da dicotomia natureza/cultura e operando as diferenças e nas diferenças de sexo e de gênero (masculino/feminino), poderíamos afirmar que, no contexto das tecnologias reprodutivas conceptivas, essas dicotomias continuam operando formas de hierarquizações e domínios da cultura sobre a natureza, do masculino sobre o feminino? O que as relações nesse contexto acrescentam à categoria analítica gênero? 4. É possível estabelecer vinculações

entre a busca do filho via tecnologia reprodutiva e os valores éticos/bioéticos envolvidos na perspectiva e nos significados dos riscos e nas relações de gênero?

Essas questões são desenvolvidas em cada um dos capítulos que se encontram conformados em *duas grandes partes neste trabalho*. A primeira parte comporta os capítulos I, II e III, a segunda parte os capítulos IV, V e VI.

Na parte I, encontramos as questões teórico-metodológicas, sobre as quais colocamos em perspectiva os diferentes problemas que dizem respeito ao percurso metodológico, à ética/bioética, ao feminismo e às teorias de gênero, a partir do contexto das tecnologias reprodutivas conceptivas.

No capítulo I, desenvolvemos aspectos que dizem respeito à metodologia, ao histórico do tema, ao perfil dos entrevistados e ao histórico das clínicas.

No capítulo II encontramos as questões ético/bioéticas refletidas no âmbito legal, no feminismo e na prática cotidiana das clínicas, questões que se prestam mais para iluminar e problematizar os diferentes aspectos apresentados por essas tecnologias no contexto privado das clínicas e nas práticas médico-laboratoriais, tal qual relatadas pelos casais e médicos por nós entrevistados. Esse capítulo apresenta, ao mesmo tempo, os diversos atores envolvidos e seus distintos interesses, ou seja: as diferentes posições feministas nacionais e internacionais, o Conselho Federal de Medicina e a jurisprudência legislativa. Por último, dialoga com o que chamamos sociologia do risco, que envolve decisões sobre escolhas, ao mesmo tempo com que a tensão sobre o agir moral no âmbito da medicina e as questões feministas. Isso porque, mesmo se reconhecendo um certo igualitarismo com a entrada do homem no processo reprodutivo, a partilha de participação não é igualitária durante e após o tratamento.

No capítulo III, abordamos as questões teóricas sobre gênero e reprodução assistida. Gênero é tomado como categoria analítica e como categoria empírica, podendo ser problematizada a própria categoria e o que ela representa. Desenvolvemos em particular, nesse capítulo, a trajetória da constituição do conceito, problematizando-o a partir da dicotomização sexo/gênero e localizando-o como um construto sócio-histórico. Ao mesmo tempo, esse caminho nos coloca diante da necessidade de desconstruir a própria categoria sexo, em sua universalidade essencializada sobre dois sexos. A possibilidade de que o próprio sexo se apresente multifacetado, ou que se apresentem níveis incompatíveis ou

divergentes entre um sexo gonádico, cromossômico, fenotípico ou hormonal nos permite “desmanchar” igualmente a fixidez da natureza e suas conseqüências sobre a vida e as relações sociais – simbólicas no que tange à filiação, à maternidade e à paternidade. Essas relações muitas vezes são marcadas por uma deficiência potencial em credenciais biológicas, não porque são ou não são constituídas na relação social (tomando-se o caso da adoção), mas porque o material genético foi obtido de um/a ou vários/as doadores/as.

Ajuda-nos na problematização da idéia de que todo corpo mulher guarda no recôndito escondido dos seus ovários uma essência reprodutiva e que, se esta não vêm à tona “normalmente”, necessita ser “acordada”, estimulada e até “bombardeada” para que irrompa e apareça sob a forma de uma barriga grávida e de um bebê rosado andando pela casa.

Mesmo que, no nosso estudo, a maternidade seja essencializada, a filiação biológica prioritária, e a entrada do homem reforçada ao longo do processo, encontramos diante de inúmeras outras formas de paternar e maternar. Podemos falar de paternidades adicionais, intencionais e adotivas, e adiadas, e do mesmo modo, podemos falar de maternidade gestativa e genética, com todas as suas variantes.

Trata-se da formulação das bases passíveis de problematizar, através do conceito de gênero, a universalidade do corpo fértil, visualizado na natureza feminina reprodutiva, que, no campo da reprodução assistida, é transferida para a categoria “casal infértil”, ou seja, um corpo fértil para um casal “infértil” via estimulação ovariana.

O capítulo IV retoma as questões de gênero para problematizá-las no contexto das representações dos casais e médicos sobre NTRc, maternidade, paternidade e filiação. No seu primeiro aspecto, apresentamos, a partir da contraposição entre útero e espermatozóide, como se dá a base discursiva e concreta sobre a qual a tecnologia desenvolve a sua intervenção. A existência do útero é o fundamento sobre o qual se decide sobre a possibilidade de tratamento e o espermatozóide ganha papel ativador do processo. A constituição da categoria “casal infértil”, o segundo aspecto abordado, permite ao médico tratar a esterilidade como problema do casal. O sujeito-mulher desaparece, ao mesmo tempo em que o homem passa a ser tratado e a conceber-se como apoio para a mulher, permitindo, desse modo, o agir médico, que se constitui na ética *querer do casal*.

No seu terceiro aspecto, tratamos de como as representações sobre paternidade estão associadas a um conjunto de valores em mudança que contemplam desde a superação das resistências ao tratamento por parte dos homens, até as mudanças nos critérios de análise em relação ao uso dos exames masculinos e as mudanças na associação entre infertilidade e impotência. Mas existem ainda mudanças ligadas ao papel social de pai, visualizadas na busca pelo filho do “próprio sangue”, no projeto de conjugalidade.

Na seqüência, analisamos como o resgate genético/biológico é reforçado nas concepções de maternidade. Mesmo se consideradas as diferentes possibilidades de maternar construídas pelas NTRc, o filho do próprio sangue insere-se no desejo de consangüinidade e na construção da conjugalidade de homens e mulheres. O genético/biológico é reforçado como essência, mesmo se há maior facilidade em aceitar óvulos doados do que em aceitar espermatozóides por parte dos homens. Nesse caso o que conta é que, segundo eles, o biológico pode ser mantido na gravidez e na amamentação, ainda se perdido o genético. No entanto, o homem faz questão do genético ele não amamenta, nem engravida.

No capítulo V, tratamos das categorias natureza e cultura e do seu entrelaçamento com sexo e gênero (masculino e feminino) em sua relação com o natural e artificial. Tomamos o contexto das NTRc para problematizar o apriorismo de que a natureza é dominada pela cultura tecnológica, o feminino pelo masculino e o natural pelo artificial.

A construção da “natureza fértil” concebida como intervenção natural e relação de ajuda, permite construir a benevolência do processo. Esse processo, ao mesmo tempo que é ambíguo, exige não só um ancoramento técnico-científico, mas também afetivo, existencial.

Desse modo, encontramos a esfera tecnológica em interação com outras dimensões, como a cultura da maternidade e da família com filhos. Na medida em que a considerada falha na natureza é superada, intercalam-se as esferas da natureza e cultura. Uma, a técnica como cultura, faz a natureza, e a natureza, exigindo uma nova tecnologia para ajudá-la, faz a técnica. Ao mesmo tempo intercalam-se valores culturais de gênero, que são carregados do passado e do presente para a história pessoal, antecipando o futuro através do desejo de filhos.

O capítulo VI retoma os aspectos teóricos do capítulo I, focando-os na percepção e no significado dos riscos presentes na escolha dessa forma de tratamento. Problematizamos

o fato de que o *querer do casal* é apresentado como legitimador de todas as formas de intervenção e que o médico insiste em manter a sua neutralidade técnica, ao mesmo tempo que, entre nós, o CFM é considerado o parâmetro moral para as condutas envolvidas nos serviços de saúde, o que acaba por reforçar a autoridade médica na estrutura sanitária nacional (DINIZ, 2002). Ainda é analisado o fato de que o médico é a única autoridade a decidir sobre a continuidade ou interrupção do tratamento e de que muitas vezes os casais decidem sobre o uso de uma tecnologia e não outra, contrariando os próprios protocolos da medicina estabelecidos em cada caso.

As dificuldades que se impõem para casais e médicos na hora de administrar as frustrações de um ciclo perdido ou diante da constatação de erros nos procedimentos que induziram a insucessos, são aspectos importantes ressaltados nesse capítulo e conduzem a pensar as regras de relacionamento entre médicos e casais, que não podem se resumir apenas aos comitês de ética ou a uma ética técnica de “experts”, ou ainda a princípios morais amplos e abstratos.

O uso de células imaturas e o implante de mais de 4 embriões, bem como a questão da redução embrionária, são problemas que geralmente provocam crise existencial profunda por parte dos envolvidos. O excessivo uso de medicação, a hiperovulação, a criopreservação e a qualidade do material adquirem, no contexto do estudo, conotações especiais, que revelam conflitos e aturdimiento diante do ineditismo das situações vividas somente após o deslanchar do tratamento, visto que sobre suas possibilidades não se falara antes de começar. Equívocos de diagnóstico ou a inexistência dele, pautados por posturas desiguais de gênero, levam a pensar na relação entre gênero e bioética, que nos parece fundamental nesse contexto, uma vez que envolve práticas interventivas diferentes em se tratando de homens e mulheres e em se tratando de diferentes tecnologias utilizadas.

Ainda há que se ter em conta os altos custos do “tratamento”, que ferem muitas vezes os princípios gerais da ética/bioética, ou seja, a autonomia, a benevolência e a justiça, necessitando esses serem repensados, no quadro dos direitos sexuais e reprodutivos como bens sociais.

Infertilidade e reprodução assistida: definindo termos.

Estima-se que, atualmente, dos seis bilhões de habitantes do planeta, pelo menos 200 mil foram concebidos em laboratório. O que revela novas concepções sobre a vida e novos sentidos éticos/bioéticos, ora práticos, ora normativos, sendo construídos pelos sujeitos envolvidos com *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas (NTRc)*. Abrem-se cada vez mais, novas construções de gênero e formas de família, não apenas compostas por pais de sexo diferente ou vivendo sob o mesmo teto, além de exigências sobre a saúde reprodutiva e a autonomia necessária à tomada de decisões no que concerne aos direitos sexuais e reprodutivos, conforme tratados por Petchesky (1999) e Fraisse (1995). Direitos reprodutivos, em nosso contexto, são entendidos como a capacidade de se reproduzir e a liberdade para decidir se realmente se quer ter filhos, quando e com que frequência¹. Estão do mesmo modo no bojo das discussões sobre saúde reprodutiva, definida por Barzelatto (1998) como o estado de bem estar total, físico, mental e social, e não mera ausência de enfermidades ou doenças. Essa definição recoloca a questão da necessidade de um novo enfoque dos serviços médicos e da saúde reprodutiva, prioritariamente sobre: o planejamento familiar, a maternidade sem riscos; a sobrevivência dos bebês e o sexo seguro. Nessa perspectiva, os direitos sexuais e reprodutivos são bens sociais que desafiam tanto os países onde a população está crescendo, como os países onde ela está estável ou decrescendo. As implicações desse enfoque referem-se à combinação dos conceitos de saúde e de direito. O conceito de saúde sexual e reprodutiva implica, portanto, uma participação cidadã, em que a saúde é entendida como multissetorial em termos de ação governamental e desafio biomédico. Barzellato destaca como um dos fatores mais importantes a participação e a ação das mulheres, pressionando a estrutura social, política e econômica dos governos.

¹ A Plataforma de Beijing (parágrafo 95) define “direitos reprodutivos” como “o reconhecimento do direito básico de todos os casais ou indivíduos decidirem livre e responsabilmente o número, o espaçamento e a frequência com que terão filhos, o direito à informação e aos meios para isso e o direito de atingir o mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva. No que diz respeito à reprodução, essa definição também inclui o direito de tomar decisões livres de discriminação, coação e violência, como expresso nos documentos dos direitos humanos.

Além desses aspectos, é preciso considerar que as *novas tecnologias reprodutivas conceptivas* demandam um diálogo profícuo com os conhecimentos advindos também das tecnologias genéticas e moleculares (TGMs), conforme afirmado por Rotânia (1999), particularmente a reprodução humana face às biotecnologias no que diz respeito a bioética e à engenharia genética.

Agregam-se também as contribuições e as rupturas epistemológicas geradas pelos estudos de gênero no que tange às perspectivas: biomédicas, aos investimentos tecnológicos sobre a geração da vida humana e que envolvem sexualidade, família, filiação e parentesco.

Ainda, considerem-se os aspectos ético/bioéticos que se refletem na prática médica, no cotidiano dos envolvidos, e no âmbito legal. Somados esses ao debate entre os diversos autores/atores sociais, cujos interesses são distintos: movimento feminista, Estado, Igreja, juristas, médicos, cientistas, demógrafos, filósofos e a sociedade civil. Além do significado dos riscos no que diz respeito ao uso das NTRc, associados à lógica mercadológica do consumo e da transferência biotecnológica e às implicações das decisões sobre a vida no que tange à segurança ontológica dos seres

Tomando a anterioridade dessas questões em relação à temática de nossa tese, ela exigiu uma abordagem interdisciplinar no campo das ciências humanas e, embora leve em conta informações que vêm do campo biomédico, da biologia e das tecnologias genéticas e moleculares, nosso ângulo de análise é o socioantropológico.

Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas são utilizadas em situação de infertilidade humana, para proporcionar a fecundação tanto dentro, como fora do corpo da mulher.

Segundo Marilena Corrêa (2001, p. 11-12),

Reprodução assistida é o termo que define um conjunto de técnicas de tratamento médico-paliativo, em condições de hipo/infertilidade humana, visando à fecundação. Essas técnicas, que substituem a relação sexual na reprodução biológica, envolvem a intervenção, no ato da fecundação, de pelo menos um terceiro sujeito, o médico, e às vezes de um quarto, representado pela figura do doador de material reprodutivo humano. A doação pode ser de células reprodutivas (ou gametas), os óvulos e espermatozoides, ou mesmo de embriões já formados; pode haver também a doação temporária de útero, conhecida ainda por termos como empréstimo de útero, aluguel de útero, mãe substituta e outros.

Esses termos utilizados no Brasil são a tradução literal da língua inglesa de *assisted reproduction*. Em Francês, utiliza-se a expressão *procréation médicalement assistée*, o que corresponderia, em português, a *procriação medicamente assistida*, ambos os termos oriundos da pesquisa biomédica. Na literatura de língua inglesa, segundo Corrêa (1998), encontra-se a expressão correspondente, *new reprocdutive techonologies* e na francesa *nouvelles techonologies de reproduction*. Novas tecnologias reprodutivas ou tecnologias conceptivas são os termos mais freqüentes na literatura de cunho crítico, em estudos sobre mulheres, nos estudos feministas e também nos estudos sociológicos, segundo a autora.

Nós utilizamos ambos os termos: *reprodução assistida*, que é a linguagem utilizada pelos médicos durante as entrevistas, e *novas tecnologias reprodutivas conceptivas*, para distingui-las das contraceptivas e porque compartilhamos do contexto onde elas assim são definidas. Conforme Corrêa (2001), há que se ter presente também que as técnicas de reprodução assistida são chamadas na linguagem comum, por expressões como *bebês de proveta* e *barriga de aluguel*, que marcaram sua divulgação.

A infertilidade, seja masculina ou feminina, pode definir-se, segundo a OMS (1992), como a *impossibilidade* de um dos cônjuges de gerar um filho após um ano de atividade sexual sem uso de métodos anticoncepcionais. Os médicos, em geral destacam que a infertilidade ou sub-fertilidade é a inabilidade de engravidar.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, estima-se que hoje haja no mundo em torno de 8% a 10% dos casais com problemas de infertilidade; a maioria da bibliografia e dos sites consultados refere que esse índice é de 15%, ou seja, 1 em cada 6 casais. Para a OMS, 1992 (APUD CORRÊA, 1998), em dois estudos realizados com apenas um ano de diferença, do ponto de vista médico-epidemiológico, as estimativas de prevalência da infertilidade têm variações imensas. No primeiro relatório fala-se entre 20 a 40 milhões de casais inférteis no mundo e no segundo, fala-se de 50 e 80 milhões. Embora possa variar de uma região para outra, no mundo, segundo o *site Fertinet*², sua incidência é quase idêntica entre homens e mulheres. A infertilidade é um problema exclusivamente feminino em 35% dos casos, exclusivamente masculino em 35% dos

² Disponível em: < Site [http:// www.fertinet.br/pub/2.htm](http://www.fertinet.br/pub/2.htm)> . Acesso em: julho de 2001

casos e em 20% dos casos existem fatores associados ao casal, mas há quem fale em 40% no casal. Em 10%, a causa da infertilidade permanece oculta.

As causas mais freqüentes de infertilidade masculina³ encontradas nos diferentes *sites*⁴ consultados são: a) transtornos na produção de espermatozóides, que afetam sua qualidade, sua quantidade ou ambas; b) obstruções anatômicas; c) outros fatores, como os transtornos de imunidade (anticorpos anti-espermatozóides); d) varicocele; e) obstrução do trato genital; d) criptorquia; e) distúrbios do canal da ejaculação, d) anomalias genéticas. Nos casos da infertilidade masculina devida a problemas imunitários, eles podem ser de origem endócrina ou por incapacidade dos testículos para responder à estimulação hormonal que desencadeia a produção dos espermatozóides. No caso de infertilidades masculinas debitadas a espermatogêneses⁵, estas se devem à inadequada produção de espermatozóides ou ao defeito deles, cuja origem é desconhecida.

As causas mais freqüentes de infertilidade feminina⁶ podem ser atribuídas a: a) fator ovariano (ausência de óvulos, disfunção ovariana, anormalidades no eixo hipotálamo hipofisário); b) fator tubário (ausência ou obstrução das trompas de falópio, aderências pélvicas, endometriose); c) a DIP (doença inflamatória pélvica), fator uterino (anomalias

3 Para avaliar a infertilidade masculina, o espermograma é solicitado logo no início. Em caso de alteração espermática, a rotina é solicitar pelo menos dois testes com intervalos de três meses, porque, segundo os especialistas, este é o período necessário para o nascimento de uma nova família de espermatozóides. Nesses testes são avaliados a concentração espermática (valores normais acima de 20 milhões de espermatozóides/ml); a morfologia (50% de espermatozóides móveis); grau A: linear rápido (30%), grau B: linear lento; grau C: móvel não progressivo (movimento circular); grau D: imóveis. Contam ainda a vitalidade (50% dos espermatozóides vivos). Fazem-se provas complementares como a peroxidase (o normal é 1 milhão de células redondas P.A.S. positivas por mililitro de sêmen). Mais de 1 milhão/ml é sinal de infecção aguda. O Swelling test (teste de hiposmolaridade) é utilizado para avaliar a integridade da membrana espermática – o normal é > 50% de espermatozóides. O Teste de anticorpo anti-espermatozóides (Mar Screen), utilizado para análise da presença de anticorpos anti-espermatozóides. Testes de migração (capacitação espermática), e o teste de Kremer, para avaliar a capacidade de penetração espermática no muco cervical. O teste de penetração espermática ou teste de Alexander avalia a capacidade dos espermatozóides de penetrar no muco cervical. Para evidenciar uma possível infecção espermática, a espermocultura e o antibiograma. Há também *pesquisa de clamídia e mycoplasma* no sêmen e na uretra e a *Cultura seriada de Stamey* na suspeita de prostatite.

⁴ Estas informações foram colhidas em vários *sites* de clínicas de reprodução assistida de várias partes do Brasil em momentos diferentes.

⁵ Também chamada gametogênese, que é a formação de dois tipos de gametas masculinos, metade com cromossomo X e metade com cromossomo Y, o que define o sexo masculino como heterogamético. A gametogênese feminina (ovulogênese) origina apenas um tipo de gameta, sempre com o cromossomo sexual X, segundo Oliveira (1995).

⁶ Para avaliar a infertilidade da mulher são utilizados: curva da temperatura basal (CTB); score cervical, para verificar as características do muco; teste pós-coito (Sims– Huhner); ecografia transvaginal; histerossalpingografia (HSG0; histeroscopia e laparoscopia).

anatômicas, distúrbios de implantação, alteração endometrial, seqüelas de infecção ou cirurgia, sinéquias, pólipos e miomas).

O fator imunológico pode estar presente tanto no muco cervical quanto nos espermatozoides. Quanto ao fator psicossomático, algumas evidências sugerem a validade psicogênica em determinados casos de infertilidade, particularmente apresentados por estudos com mulheres (CHATEL, 1998; FAURE-PRAGIER, 1997).

São muitas as formas de tratar a infertilidade. A imensa maioria das mulheres é tratada com fármacos, tais como: citrato de clomifeno, bromocriptina ou gonatropinas. Em alguns casos, há indicação cirúrgica. As opções terapêuticas, no caso da infertilidade masculina, também abarcam a administração de fármacos, a cirurgia e as tecnologias de reprodução assistida, como a injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).

As técnicas de reprodução assistida são descritas com detalhes em muitos dos sites das clínicas brasileiras. Nós elegemos o *Guia prático para casais* do Centro de Reprodução Assistida Sêmion⁷, que nos pareceu conter descrições suficientes aos nossos objetivos, de modo que as definições a seguir foram retiradas dessa publicação, embora elas possam ser encontradas também em outros trabalhos como: Corrêa (2001); Oliveira (1995); Collucci (2000); Iacub e Jouannet (2001).

O guia do centro de medicina Sêmion define a inseminação artificial como o depósito de espermatozoides em diferentes níveis do trato genital feminino. Esquemáticamente, ela pode ser realizada segundo duas modalidades: inseminação artificial intra-cervical (IC) e inseminação artificial intra-uterina (IU).

A inseminação intra-cervical (IC) é definida como um método simples, capaz de reproduzir as condições fisiológicas da relação sexual. Suas indicações são restritas aos “casos de impossibilidade de uma relação normal ou de uma ejaculação intra-vaginal (malformação sexual, distúrbios sexuais, distúrbios na ejaculação ou impotência)”

A inseminação artificial intra-uterina (IU), é o depósito de espermatozoides móveis capacitados (aptos a fertilizar, após tratamento do sêmen em laboratório) no

⁷ Centro de medicina reprodutiva instalado em Campinas, desde 1996. Ele conta com o apoio do laboratório de *la biologie de la reproduction*, Clinique Saint-Antoine, serviço do prof. Dr. Patrick Bastit, Rouen, Frar Port

fundo da cavidade uterina no momento da ovulação. Elementos fundamentais para atingir esse objetivo, segundo o Centro Sêmion, 2002, p.2 são:

1) A estimulação ovariana: a paciente é submetida a um tratamento hormonal para maior produção dos óvulos, e este estímulo deverá ser controlado por ultra-sonografia e dosagens hormonais na tentativa de avaliar o número de óvulos, já que existe o risco da hiperestimulação ovariana e de gravidez múltipla. A inseminação deverá ser realizada no momento preciso da ovulação. 2) O tratamento do sêmen: permite selecionar e capacitar espermatozóides *in vitro*, selecionando espermatozóides móveis capacitados (aptos a fertilizar) e liberando-os do líquido seminal. Este tipo de técnica não necessita do muco cervical condutor da migração dos espermatozóides durante o processo de fecundação natural, que pode estar ausente por distúrbios na ovulação ou por alterações anatômicas do colo uterino. Em outros casos, o muco pode estar presente, porém ser hostil à penetração dos espermatozóides móveis próximos ao local da fecundação (terço distal da trompa de falópio).

Trata-se de um tratamento que segundo o mesmo guia Sêmion, 2002, p. 2-3,

facilita o encontro do óvulo com o espermatozóide, no caso de homens com insuficiência espermática muito severa. Para a aplicação deste método é imprescindível a presença de permeabilidade tubária e ausência de infecção espermática, e a inseminação deve ser feita momentos antes ou imediatamente após a liberação do óvulo na cavidade abdominal.

Fertilização in vitro (FIV)

Indicada para mulheres que tiveram trompas obstruídas por infecção pélvica, gravidez tubária ou laqueadura, apresentando um quadro de difícil solução cirúrgica. Além disso, pode ser indicada em alguns casos de endometriose⁸.

A primeira etapa do tratamento para uma FIV inclui a administração de hormônios e o acompanhamento da ovulação, que é estimulada para permitir a capacitação de um maior número de óvulos. Nessa fase, a mulher pode correr riscos de hiperestimulação. Nela os ovários aumentam consideravelmente de volume, provocando dor e inchaço abdominal. Podem advir sérias conseqüências, que necessitam de tratamento urgente. Numa segunda fase os óvulos são aspirados e colocados em contato com os espermatozóides numa placa. Como na inseminação artificial, os espermatozóides foram previamente preparados para a fertilização (capacitação espermática). Em seguida, as placas são transferidas para uma estufa a 37°C (graus centígrados), com 5% de CO₂, o que simula o ambiente

– Royal, Paris, França. Disponível em: <<http://www.semion.med.br/semion.htm>>. Acesso em: abr. 2002; nov. 2002.

⁸ A endometriose é um distúrbio caracterizado pela localização anormal do tecido interno do útero (endométrio), e recentemente descobriu-se que essa patologia nada mais é do que uma falha do fator imunológico, em que os macrófagos apresentam uma deficiência imunitária e não fagocitam as células endometriais.

das trompas. É lá que os espermatozóides e óvulos irão se transformar em embriões. Após aproximadamente 48 horas, até quatro desses embriões, conforme regimenta o Conselho Federal de Medicina, poderão ser transferidos para o útero através de um cateter. Cerca de duas semanas mais tarde faz-se o exame de sangue para comprovação ou não de gravidez (SÊMION, 2002, p. 3 – 4).

Há ainda uma variação desta técnica, que é chamada de **ZIFT - transferência de zigotos para as trompas**. Nela os óvulos e espermatozóides passam pelo mesmo processo de incubação em estufa, mas o processo de transferência dos pré-embriões (zigotos) é feito através da laparoscopia.

Uma óptica penetra na cavidade abdominal através de uma pequena incisão, permitindo a visualização das trompas. Posteriormente, um cateter deposita os zigotos na trompa. O processo exige anestesia geral e é indicado para mulheres com endometriose mínima, problema de ovulação ou em casos de baixa quantidade de espermatozóides do marido. Para sua realização é imprescindível que a mulher tenha trompas permeáveis (SÊMION, 2002, p.4).

A transferência de gametas para as trompas – GIFT –

é semelhante à utilizada na fertilização *in vitro*, com a diferença de que neste caso o processo de fertilização acontece no interior das trompas e não na estufa. Por meio da laparoscopia os óvulos são aspirados e colocados na trompa com os espermatozóides. Daí em diante o processo de fertilização segue seu caminho natural. Portanto, é necessário que pelo menos uma das trompas seja saudável (SÊMION, 2002, p.5).

ICSI - Injeção intracitoplasmática de espermatozóide - é conhecida como micromanipulação e começou a ser desenvolvida no início dos anos 90, na Bélgica, com o objetivo de ajudar os espermatozóides com pouca força de locomoção. Podemos extrair do guia do Centro Sêmion, 2002, p.5 a seguinte definição:

Com o auxílio de uma microagulha, o espermatozóide é injetado diretamente no interior do óvulo. A nova técnica é uma das melhores respostas da ciência à infertilidade masculina, pois, enquanto antes era necessário um número mínimo de espermatozóides, com a ICSI basta que se tenha uma única célula saudável e o processo se torna possível. Depois da fertilização em laboratório, a implantação segue os mesmos princípios das outras técnicas. A ICSI pode ser utilizada por casais que tenham baixa qualidade ou pouca quantidade de espermatozóides.

São as técnicas de fertilização *in vitro* que permitem o acesso ao desenvolvimento de pesquisas genéticas com embriões, óvulos e espermatozóides, e às novas formas de práticas médicas, como a medicina preditiva, com seus métodos de diagnósticos pré-

implantat6rios, capazes de avaliar os riscos de transmiss6o de doen7as e caracter6sticas humanas atrav6s de testes gen6ticos. Caso o homem sofra de azoopermia, ou seja, apesar de produzir os espermatoz6ides, n6o os elimina na ejacula76o, 6 poss6vel aspir6-los com uma agulha fina diretamente do test6culo. Estima-se que 30% dos homens com problemas de infertilidade estejam nessa situa76o. Essa varia76o na forma de buscar o gameta masculino pode tamb6m beneficiar homens que foram vasectomizados ou que apresentam altera76es na produ76o dos espermatoz6ides. As chances de gravidez est6o entre 25% a 30% por tentativa.

Inje76o Nuclear da Esperm6tide - ROSNI

Segundo o guia do mesmo Centro S6mion, 2002, p.6,

Quando os homens apresentam defici6ncia na matura76o dos espermatoz6ides, uma outra t6cnica pode ser associada 6 ICSI. 6 a utiliza76o da esperm6tide, uma forma imatura do espermatoz6ide, que, apesar de n6o estar totalmente pronta para a fertiliza76o espont6nea, j6 cont6m a carga gen6tica necess6ria para a reprodu76o. Retirada diretamente do test6culo com uma fina agulha, a esperm6tide 6 utilizada da mesma forma que o espermatoz6ide. Mesmo com alguns resultados positivos, tanto no Brasil quanto no exterior, esta t6cnica ainda est6 em experimenta76o e causa pol6mica.

Na Fran7a, a t6cnica 6 proibida por n6o haver estudos que provem que a utiliza76o de uma c6lula imatura n6o traz danos aos futuros beb6s e mudan7as gen6ticas para gera76es futuras.

Segundo a Organiza76o Mundial de Sa6de, essas t6cnicas teriam sido desenvolvidas “com a finalidade de vencer obst6culos que impediam o encontro entre espermatoz6ides e 6vulos em casais est6reis” (OMS, 1992, p.7).

Embora quase sempre os *sites* m6dicos e cient6ficos consultados as apresentem como uma *revolu76o*, em nosso entender esta linguagem diz muito mais respeito 6 legitima76o de um contexto pragm6tico que deseja mobilizar a sociedade e as rela76es entre os casais. Fala-se n6o apenas de t6cnicas, ou da ci6ncia em si mesma, mas sobre o envolvimento de coletivos sociais como sujeitos da a76o. Essa linguagem e esse pragmatismo operam como que se fossem cerziduras e tradu76es no corpo social. Desse modo, podemos entender o que Latour (1989) ensina, ao dizer que a ci6ncia 6 um dispositivo que inventa uma ordem, e n6o 6 um dispositivo que revela a ordem escondida dentro da natureza.

Essa expressão também parece falar da crença médica de que a reprodução assistida representa uma área promissora, o que, nesse sentido, não apenas insere o médico no social, mas promete possibilidades infinitas para o futuro do conhecimento e de sua própria profissão.

Então eu me interessei exatamente porque é uma área promissora, é uma área fascinante. É uma área que sofreu um avanço tecnológico surpreendente. Então por isso a gente está conseguindo resolver praticamente todos os problemas de infertilidade. Os fatores masculinos que antigamente não eram possíveis de serem resolvidos (entrevista 8, Dra. Amanda).

O termo revolução é um termo equivocado, segundo Bateman (1999), mesmo no contexto da evolução terapêutica. Para ela, não é exato dizer que essas técnicas se constituem em uma revolução terapêutica própria da evolução contemporânea da ciência e da medicina. Desde o século XVIII essa aproximação instrumental da infecundidade já havia sido pensada e elaborada de maneira artesanal, como caminho experimental em biologia: a ciência nessa época visava compreender os fenômenos naturais e reproduzi-los artificialmente em laboratório. Foi assim que um cientista italiano, Lazzaro Spallanzani, concebeu a idéia de tentar a fecundação por meio de instrumentos para responder às questões que os cientistas da época se colocavam sobre a reprodução animal. Havia no século XVIII uma polêmica que contrapunha *ovistas* a *animaculistas* (o ser vivente tem sua origem dentro do ovo ou dentro dos pequenos animais, os espermatozoides). As primeiras inseminações animais não permitiram a Spallanzani, que era um *ovista* preformacionista, resolver essa questão, mas ele concluiu que um contato entre ovo e espermatozoide era necessário e poderia ser suficiente para a fecundação, contrariando idéias largamente difundidas no século XVIII, de que o essencial à fecundidade era o orgasmo da mulher. Spallanzani descobriu, por suas experiências, que a relação sexual não era necessária à fecundação.

Segundo Rodhen (2001), essas polêmicas se deram durante os séculos XVII e XVIII, quando se desenvolveram os estudos sobre os ovários, descobertos por De Graaf em 1672. Para esse autor, “todos os animais e o homem têm sua origem em um ovo contido nos ‘testículos das mulheres’, antes mesmo do coito” (RODHEN, 2001, p. 45). É bom lembrar que até o século XIX, segundo Laqueur (1994), o corpo da mulher era concebido como o corpo invertido do homem. Por isso cabe a expressão ‘testículos da mulher’.

Para Rodhem, imaginar que a mulher “poria ovos assim como as galinhas”, gerou grandes polêmicas morais, ao mesmo tempo em que transferia à mulher quase toda a honra e responsabilidade na geração. Essa teoria é condenada e “em 1677, o holandês Louis de Ham observa ao microscópio ‘pequenos animais’ presentes no líquido espermático que são descritos por Antony Van Leeuwenhoek como a alma animal do embrião” (RODHEN, 2001, p. 45).

Essas descobertas trouxeram muita fascinação e interesse e o espermatozóide reconquistava um espaço preponderante sobre o ovo, que só foi recolocado em cena por Spallanzani no final do século XVIII, quando então também se reconheceu a função procriativa do espermatozóide, embora ainda não se tivesse uma solução precisa para o problema da geração.

Contexto Nacional e Global das Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas.

Considerados os aspectos sócio-históricos da construção do conhecimento, nosso “objeto de estudo” necessita ser lido no terreno crítico das práticas em reprodução assistida, cujos avanços técnicos e científicos vêm ocorrendo desde julho de 1978, quando do nascimento do primeiro bebê de proveta, Louise Brown em Manchester, na Inglaterra. Essa primeira experimentação foi efetuada pelo médico ginecologista Patrick Steptoe e pelo biologista Robert Edwards. Foi o primeiro bebê nascido no mundo, depois de uma dezena de ensaios infrutíferos. Eles são também os responsáveis pela primeira fertilização in vitro (FIV) bem-sucedida com gestação tubária, ocorrida em 1976.

Nesse contexto, e considerando a bibliografia consultada, o material empírico e os sites das clínicas, nós podemos relacionar uma série de fatores que contribuíram para o desenvolvimento e expansão das Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas (NTRc): a indústria farmacêutica, o surgimento do ultra-som, as pesquisas com agroalimentos, as pesquisas com genética humana. Esses fatores acabaram por consolidar a reprodução humana como um campo privilegiado de transferência e aplicação dos conhecimentos biotecnológicos (ROTÂNIA, 1999).

No Brasil, especificamente, a reprodução assistida entra nas clínicas privadas à partir dos contatos com os médicos estrangeiros e dos cursos de especialização

ministrados por eles. Até mesmo o contrabando de tecnologia, conforme relato de Dr. Alcides, um dos médicos entrevistados, facilitou o seu desenvolvimento nos grandes centros do país.

Segundo Jouannet (2001), embora durante longo tempo a medicina tenha ignorado a esterilidade humana e os meios de a remediar, as intervenções médicas no campo da procriação não são recentes. As primeiras inseminações artificiais foram feitas no fim do século XVIII, e as primeiras procriações com dom de espermatozóide no fim do século XIX. Porém essas práticas foram relegadas à marginalidade, após condenações sucessivas por diferentes instituições, especialmente por parte da Igreja Católica.

Depois da Segunda Guerra Mundial, e sobretudo no final do século XX é que as intervenções médicas na procriação humana ganharam impulso maior. Esse movimento se apoiou sobre três acontecimentos: 1) A entrada em cena de procedimentos biológicos capazes de reproduzir e reger em laboratório os processos de fecundação e desenvolvimento do embrião dos mamíferos, antes da sua implantação no útero. 2) A medicalização da procriação, que marca o início de uma demanda de contracepção eficaz, inscrita nos movimentos de emancipação das mulheres. A proposição era de melhor conhecer os mecanismos da reprodução para melhor os controlar, e para, ao mesmo tempo, corrigi-los quando eram deficientes. 3) A vontade de um certo número de médicos de não mais ignorar os problemas de esterilidade e de retirar as técnicas existentes de sua clandestinidade, além da demanda social, ligada à oferta médica. A própria prática da fertilização *in vitro* (FIV) e da injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI) engendra essa demanda *anormal* de concepção de crianças sem relação sexual. Pode mesmo, em algumas situações, ao ser apresentada como solução para a esterilidade, significar apenas uma busca por procriação sem relação sexual. Demanda que não é feita apenas por casais heterossexuais, mas igualmente por casais homossexuais ou celibatários que buscam procriar sem relações heterossexuais⁹, situação não encontrada em nossa amostra.

Segundo Corleta e Kalil (2001) no *site Abc da Saúde*¹⁰, originalmente a fertilização *in vitro*, seguida de transferência de embriões (FIVETE), foi proposta para o tratamento dos

⁹ Vide a síndrome do nascimento virgem, tal qual tratada por Strathern (1995), sobre as mulheres na Grã-Bretanha que buscavam tratamento de fertilidade alegando que desejavam contornar as relações sexuais.

¹⁰ Disponível em: < <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?199>>. Acesso em: 28 jul.2002.

casos de infertilidade tubária, ou seja, para aqueles pacientes em que as trompas estavam ausentes ou irreparavelmente obstruídas. O aprimoramento das técnicas de FIV ampliou as suas indicações e permitiu o seu uso para o tratamento da infertilidade de outras etiologias.

Somam-se às condições para o desenvolvimento destes fatores o nascimento do primeiro bebê de proveta em 1978 e a produção e o uso de drogas para estimulação ovariana em larga escala, ocorridos após 1981.

Barbosa (1999)¹¹, a partir de dados coletados da pesquisa de Pizzini (1992), nos diz que a venda de um único fármaco (Pergonal)¹² passou de 7,2 milhões de dólares, em 1982, a 35 milhões de dólares, em 1986. Os interesses da indústria farmacêutica, produtora desses medicamentos para o mercado de reprodução assistida, estavam em franca expansão, não só pelas suas intervenções sofisticadas, como também pelo número de tentativas necessárias para a obtenção de uma gravidez.

No Brasil, todos os medicamentos são importados por duas empresas multinacionais americanas. São o *Citrato de Clomifeno*, nome comercial *Clomide e Serofene*¹³, produzidos pelos laboratórios Hosbon e Serono, respectivamente; o *FSH*, nome comercial *Metrodin HP*, produzido pelo laboratório Serono; gonadotropinas da menopausa, nome comercial *Pergonal 500/1000 e Humegon*, pelos laboratórios Serono e Akzo, respectivamente; gonadotropinas coriônicas, nome comercial *Pregnyl, Profasi HP*, pelos laboratórios Akzo e Serono, respectivamente.

Segundo Barbosa (1999), estimativas do diretor de marketing do laboratório Akzo, divisão Organon, indicam que são realizados cerca de 240.000 ciclos de estimulação ovariana por ano no Brasil, aqui englobando todos os procedimentos: inseminação

¹¹ Em sua tese de doutoramento, intitulada *Desejo de filhos e infertilidade: um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil*, defendida na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, no Departamento de Sociologia da USP/SP, 1999.

¹² Pergonal é uma gonadotrofina, as gonadotropinas podem ser derivadas da urina de mulheres grávidas ou menopausadas (Pergonal, Humegon, Metrodin) e, mais recentemente, é usado o FSH recombinante, sintetizado por engenharia genética (Puregon, Gonal F). São drogas que estimulam o crescimento folicular, associadas aos indutores de ovulação. Usa-se nos primeiros dias do ciclo. Inicialmente utilizam-se doses maiores, para maior recrutamento folicular, depois as doses podem ser diminuídas. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?199>>, acesso em: 28 jul.2002.

¹³ O citrato de clomifene (Clomide, Serofene) é um indutor da ovulação de uso por via oral. Sua ação anti-estrogênica faz com que aumentem os níveis endógenos de FSH e LH, provocando um maior recrutamento folicular. Nos casos de FIV, em que se deseja obter um número maior de óvulos, utiliza-se a droga associada a gonadotrofinas (LH e FSH). Inicia-se a indução da ovulação geralmente no segundo dia do ciclo. Quando os folículos atingem na ecografia transvaginal em torno de 18mm, eles são considerados maduros, sendo então

artificial, coito programado, correção de ovulação e fertilização *in vitro*. Essa estimativa está baseada em auditoria de mercado realizada pela IMS (International Marketing Search) para o mercado financeiro. Para esse diretor da Akzo, é difícil estimar a venda do produto em farmácias, porque não há uma auditoria de pesquisa de mercado e também há uma parte da venda que é realizada através das distribuidoras de medicamentos que atendem a rede hospitalar (BARBOSA, 1999, p. 102).

O ultra-som¹⁴, introduzido no processo de fertilização *in vitro* no Brasil em 1980, permitiu ao médico aspirar os óvulos da paciente por via vaginal, substituindo a coleta abdominal por cirurgia laparoscópica, sem necessidade de hospitalização, contribuindo grandemente para a difusão e maior segurança dessas práticas.

Há no entanto, controvérsias entre os médicos entrevistados sobre as datas do uso do ultra-som:

Olha, acontece o seguinte, a reprodução humana se desenvolveu no ano de 1978, com o nascimento de Louise, foi o primeiro bebê de proveta, então desde lá, 78, 76 que a gente trabalha com isso, embora esse serviço aqui seja novo, seja relativamente novo, esse serviço foi fundado em 1992, tem 10 anos, mas digamos assim, a parte do ultra-som foi a que deu modernidade à medicina reprodutiva, surgiu em 1976¹⁵ (entrevista 7, Dr. Salvador).

Durante a década de 1980, o desenvolvimento da reprodução assistida cresceu imensamente na Europa do Oeste, na América do Norte, na Oceania, na Austrália e na Nova Zelândia, sobretudo. No Canadá os primeiros bebês produzidos pela fertilização *in vitro* foram os gêmeos nascidos no ano de 1983, em Vancouver. Em 1983, na Austrália, ocorreu a primeira FIV com óvulo de doadora e, no ano seguinte, o nascimento por meio de embrião congelado (OMS, 1992).

utilizados 5 a 10.00 UI de HCG (profasi, Pregnil para a matruação final e liberação do óvulo). Disponível em: < <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?199>>, acesso em: 28 jul.2002.

¹⁴ A técnica de ultra-sônico foi descoberta durante a primeira Guerra Mundial e, posteriormente, adotada pela medicina. Durante a guerra os sons das ondas foram usados para detectar a presença de submarinos inimigos, e depois, com o fim da guerra, a técnica foi utilizada nas embarcações e pela indústria de pesca. Sua aplicação na obstetrícia ocorreu quase que por acidente. A idéia de Ian Donald e Scotland foi utilizar um detector metálico ultra-sônico usado pela indústria para diagnosticar um tumor misterioso no abdômen de uma mulher. Após o uso, descobriram que o tumor abdominal era uma gravidez. De acordo com Ian Donald, “não haveria muita diferença entre um feto no útero e um submarino no mar”. O uso de ultra-som na área obstétrica ocorreu no final de 1950, e em 1965 uma gravidez de sete semanas já podia ser identificada com esse equipamento. Uma década depois, seu uso já estava difundido (Ian Donald, em entrevista a Oakley, 1987, p. 44 apud Barbosa, 1999, p.37).

¹⁵ No site da clínica onde ele trabalha encontramos que este médico em 1976 iniciou, como pioneiro, o uso da Ultrasonografia obstétrica e ginecológica no Sul do País, no Departamento de Ginecologia e Obstétrica, na Maternidade Mario Tottana Santa Casa de Misericórdia/PA. Disponível em:

Em 1985 ocorreu o primeiro nascimento de um menino com sexo predeterminado nos EUA. Em Quebec, desde 1979 uma equipe especializada do Centro Hospitalar da Universidade Laval (CHUL) já tinha começado esse tipo de experiência e obteve o primeiro bebê em 1985. Eles já haviam experimentado a FIVETE¹⁶ antes da metade dos anos 70 em diversas espécies animais. Esta foi a segunda equipe do mundo a obter um bezerro por fecundação *in vitro*. Segundo Drumond¹⁷, o primeiro bezerro obtido por sêmen congelado, nasceu em 1952, nos EUA, em 1973 nasceu o primeiro bezerro de embrião congelado.

O que a maioria dos pesquisadores observa é que toda pesquisa em reprodução humana está diretamente ligada à indústria agroalimentar e que a maior parte dos cientistas apenas aplicou os métodos usados nas pesquisas com animais em seres humanos.

Jacques Testard (1999), o criador do primeiro bebê concebido na França por FIVETE em 1982, Amandine, nos diz que tanto na Inglaterra, como na Austrália, nos Estados Unidos e na França, não foram os médicos, mas os cientistas, veterinários e agrônomos que conceberam os primeiros bebês de proveta.

L'AMP a consisté à reprendre pour l'espèce humaine des procédés alors largement utilisés chez les bovins (stimulation ovarienne, congélation et transfert d'embryons) et en initier d'autres qui furent ultérieurement appliqués à ces animaux (fécondation *in vitro*, ICSI, inhibition des hormones gonadotropes, etc.). Pourtant, ce n'est pas seulement ce registre instrumental qui me fait reconnaître une continuité dans mes recherches, de l'espèce bovine à l'espèce humaine. Pas même l'appétit gynécologique pour l'ouverture de nouvelles voies d'action où le mirage se fait appeler progrès sans plus pudeur que chez les éleveurs de bestiaux (TESTARD, 1999, p. 13)

Ele próprio, como veterinário, havia utilizado esses experimentos durante muito tempo, a fim de aumentar a eficácia da seleção de vacas leiteiras e o número das suas descendentes como melhores produtoras de leite. Em Testard (1986, p. 41-42) encontramos,

Il y a quinze ans, je m'occupais à engrosser par force de méfiantes femelles bovines, au moyen d'une catapulte propulsant dans l'utérus des pauvres bêtes des embryons qu'elles ne connaissaient ni d'Ève ni d'Adam. Um jour que j'avais mis ma catapulte au vestiaire, je parcourus un traité du Collège de pataphysique

<<http://www.gerar.com.br/ne/equip.html>>. Acesso em: 3 dez. 2000.

¹⁶ Fertilização In Vitro com transferência de embrião.

¹⁷ Disponível em: <<http://www.unimontes.br/aunimont/clonagem.htm>> da Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes. Acesso em: 03 jan. 2003.

et, dès le lendemain, mon outil se dénomait “pataculte” tandis que j’écrivais sur la porte de mon bureau: “J.T., pataculteur”.

Plus récemment, mon activité de recherche sur la FIVÈTE m’a mené à écrire sur la porte de mon nouveau bureau: “J.T., Éprouver-Inventeur”.

Ces deux inscriptions n’ont amusé presque personne, ce qui m’a attristé, et la seconde m’a valu quelques remarques désobligeantes, ce qui m’a appris qu’on ne plaisantait pas avec la recherche, qui est l’unique mamelle de la science, laquelle doit éter prise exclusivement au sérieux. La chose est, bien sûr, plus grave quand la recherche aborde la santé des hommes et des femmes: alors elle devient mission et, s’il y a passion, c’est seulement celle de servir. Ainsi vont les images d’Épinal. Veut-on m’obliger à faire croire que ce métier que j’aime, je lui donne tant le but essentiel de soulager la misère humaine? Sait-on pourquoi on devient chercheur, ou médecin, ou patient?¹⁸

Essas falas não teriam nenhuma importância se elas não apresentassem material crítico para pensar o desenvolvimento dessas práticas no campo da biomedicina e o seu uso na correção e na estimulação da fertilidade humana, ou para ajudar a natureza a atingir um fim, conforme a concepção de nossos entrevistados médicos e casais. Além disso, permitem-nos visualizar quanto os interesses das instituições médico-hospitalares, laboratoriais e clínicas são igualmente espaços de vinculação à nova construção da engenharia genética, ligada à lógica do mercado (ROTÂNIA, 1999).

Foi nesse contexto mais amplo que as condições para o nascimento do primeiro bebê de proveta brasileiro foram preparadas. Segundo Barbosa (1999), em outubro de 1982, antes do nascimento do primeiro bebê de proveta brasileiro, ocorreu um dos primeiros seminários promovidos por especialistas em reprodução humana que trabalhavam em clínicas privadas, com a presença de médicos estrangeiros, convidados para introduzirem a técnica no país. A experiência se realizou no Hospital Santa Catarina, em São Paulo, a cargo de médicos australianos, e foi financiada

¹⁸ Há quinze anos, eu me dedicava a engravidar à força fêmeas bovinas por meio de uma catapulta, que lançava no útero dos pobres animais embriões, que elas não conheciam pelo método natural. Um dia em que eu colocara minha catapulta no vestiário, percorri um tratado de ‘patafísica’ e, já no dia seguinte, minha ferramenta se denominava “pataculca”, enquanto eu escrevia na porta de meu escritório: J. T. , “patacultor”. Mais recentemente, minha atividade de pesquisa sobre a FIVETE, levou-me a escrever na porta do meu escritório: J. T., “experimentador-inventor”.

Essas duas inscrições não divertiram quase ninguém, o que me entristeceu, e a segunda me valeu algumas observações descorteses, o que me ensinou que não se brincava com pesquisa, que é a única teta da ciência que deve ser levada exclusivamente a sério. O problema é certamente mais grave quando a pesquisa aborda a saúde dos homens e das mulheres; então ela se torna missão, e se há paixão é apenas a de servir. Assim são as imagens de Epinal. Vão querer me fazer acreditar que me entrego tanto a este ofício que amo com o objetivo essencial de aliviar a miséria humana? Sabe-se por que a gente se torna pesquisador, ou médico, ou paciente? (Tradução nossa).

por empresas e empresários privados, com patrocínio da principal cadeia de televisão brasileira, que buscava, naquela ocasião, “registrar” a primeira fertilização *in vitro* no país.

Nessa circunstância, segundo Corrêa (2001), algumas mulheres inscritas em programas de reprodução de clínicas privadas brasileiras, principalmente em São Paulo, foram selecionadas como “voluntárias” para participação nesse curso. Elas seriam submetidas a tentativas de fertilização *in vitro*, sob os cuidados de especialistas brasileiros que estariam sendo “supervisionados” pelos médicos estrangeiros. Corrêa nos relata que esses cursos e seminários eram organizados de modo a coincidir com a internação de pacientes ditas “voluntárias”, inscritas em programas de reprodução assistida, principalmente na cidade de São Paulo.

Nessa ocasião, segundo Oliveira (1997), Zenaide¹⁹, uma das pacientes voluntárias do curso, faleceu quando se submetia a uma punção via laparoscopia para retirada dos folículos, sob a responsabilidade do médico brasileiro Milton Shim- Ithi Nakamura.

Dois anos depois, em 17 de outubro de 1984, o mesmo médico que atendeu Zenaide revelou o nascimento do primeiro bebê de proveta no país. Nessa ocasião, outros especialistas, que também buscavam ser os “pais” do primeiro bebê, questionaram a informação noticiada. Segundo Corrêa (2001), há quem afirme que existiam duas crianças no país produzidas pelo mesmo processo, mas que havia recusa da parte médico em revelar a identidade de uma delas, e se dizia que era para não estigmatizá-la.

Os contatos com médicos estrangeiros se sucederam, chegando a haver a participação, em 1984, dos dois médicos ingleses responsáveis pelo nascimento do primeiro bebê de proveta do mundo. Em razão desses encontros com especialistas dos principais centros que já dominavam a técnica de fertilização *in vitro*, a reprodução assistida foi muito rapidamente se tornando disponível no país.

No Sul do Brasil²⁰ a introdução dessa tecnologia foi feita a partir de especializações em locais que já a desenvolviam dentro do próprio país²¹. Essas

19 Zenaide Maria Bernardo tinha 40 anos quando se submeteu à coleta de óvulos por meio da técnica de laparoscopia. Ela estava no seu segundo casamento, tinha dois filhos e tentava engravidar há dois anos. Após ter perdido as trompas durante uma operação de apêndice, recorreu a FIV, e era a quarta vez que se submetia à laparoscopia.

especializações, só foram intensificadas na década de 90, conforme podemos observar através do histórico dos médicos e das clínicas por nós pesquisadas. Em alguns casos, os médicos procuraram contatos internacionais, fizeram cursos ou estágios em outros países, anteriores aos anos 90. Mas é somente nos últimos anos que o número de clínicas têm crescido e os médicos procuraram se envolver com a reprodução assistida, como um dos campos da ginecologia.

As viagens de estudos e especializações desde os anos 80, empreendidas aos centros de reprodução assistida dentro ou fora do país não traziam apenas informações, mas também tecnologia, fato que circunstância nosso estudo na relação global, regional, local, conectando desse modo, os conhecimentos tecnológicos e biomédicos na lógica do mundo globalizado, mesmo se em situação desigual.

Esse fato é considerado pelos médicos por nós entrevistados como fator propulsor dos trabalhos das clínicas. A nosso ver, trata-se, na maioria dos casos, da busca de ensinamento sobre os procedimentos e técnicas e da ausência da pesquisa científica, deixada para trás: como alguns nos disseram, “coisa para abnegados”. Em geral, a maioria dessas clínicas não investe em pesquisa própria, elas aplicam os resultados das pesquisas básicas desenvolvidas nas universidades, ou em outros centros de reprodução assistida. Tampouco discutem sobre os riscos ou sobre os aspectos éticos/bioéticos envolvidos: tanto os de caráter deontológico como práticos, relativos à saúde presente e futura dos envolvidos, à imponderabilidade dos resultados do processo e aos altos custos.

Para compreender a constituição do campo no Brasil, mas especialmente no Sul do país, é preciso ainda levar em conta a prática diária dos ginecologistas, obstétricas e biólogos em particular, além das informações técnicas e das condições em que se dá o surgimento das clínicas.

Em um primeiro momento, é o desejo de estar ligado a uma área de vida e de geração de vida, que é apresentado pelos médicos como motivação para o seu trabalho e

²⁰ Estamos restringindo Sul do país em nosso estudo a Santa Catarina e Rio Grande do Sul (especificamente Porto Alegre), onde estivemos entrevistando os médicos. Do mesmo modo a categoria médico será usada sem distinção de gênero, tratando-se de homens ou de mulheres. Falamos de uma visão e de uma prática que se constitui no interior do campo da medicina. Em nosso caso, especificamente, como campo biomédico. Quanto aos casais entrevistados, são de diferentes cidades do Estado de SC. (Florianópolis, Blumenau, Tijucas, Nova Trento, Criciúma, Tubarão).

para a escolha de uso das novas tecnologias reprodutivas conceptivas (NTRc). Eles se justificam, expressando motivações pessoais ligadas ao desejo de trabalhar com a vida, ao mesmo tempo em que têm em conta o pressuposto de que a reprodução assistida mexe com a concepção e a gestação da vida. Essa compreensão sobre seu trabalho amplia a função médica para aspectos mais complexos, ligados a sentidos e afetos, à vivência social e familiar e à intimidade de casais, possibilitando-lhes participar de relações mais intrincadas, que dizem respeito a um modo de ser no mundo, conforme atesta a fala a seguir.

Eu lutei para fazer ginecologia e obstetrícia porque dentro da medicina era uma área muito diferenciada. Era uma área que estava muito mais perto da vida do que da morte. É a única grande área dentro da medicina na obstetrícia que faz parto. Em 90% das coisas saem muito bem obrigada. Tu estás próxima da vida. E a ginecologia sempre me encantou porque o relacionamento médico e paciente é diferente, é muito mais profundo. Embora dentro de uma especialidade técnica, tem muito de afeto neste relacionamento, tu entras na sexualidade do indivíduo, tu entras na vivência familiar do paciente. O relacionamento médico é muito mais gratificante para mim. E a ginecologia previne. O grande medo de todo mundo que é o câncer e em grande escala, já é o câncer de cólon é prevenível, câncer de mama é prevenível. O diagnóstico precoce é feito e leva à cura. Então eu acho que essas coisas de grande ligação com a vida é que me levaram a fazer essa especialidade (entrevista 5, Dra. Rosita).

Nesse sentido, a prática médica é definida como as intervenções que se realizam para incrementar o bem-estar com uma expectativa razoável de êxito, com poucas perguntas sobre os efeitos políticos, sociais e econômicos. Fixa-se sua positividade para a vida dos indivíduos como solução imediata, sem tomar em conta o que esses investimentos podem significar a longo prazo (SOMMER, 1999).

Mas isso se dá também porque já existem as condições históricas, bem como o desenvolvimento de opiniões públicas permissivas e demandantes dessas formas de paliar infertilidade. Quando as experiências com fecundação *in vitro*, associada à inseminação artificial e engenharia genética começaram seu crescimento acelerado, na década de 70, em diferentes contextos mundiais, o desenvolvimento laboratorial já era uma consolidada rede mercadológica capaz de suprir as clínicas com as descobertas mais recentes nas áreas da endocrinologia e dos hormônios sexuais. Já havia, portanto, uma série de elementos capazes de sustentar institucionalmente o “aparato tecnológico” e os inúmeros procedimentos exigidos pelo uso desta biotecnologia no campo da biomedicina.

21 Neste período, início da década de 80, havia em São Paulo dois grupos que trabalhavam com FIV. O grupo da Santa Casa, liderado pelo professor Nilson Donadio, e o grupo de clínica privada, que é o Centro de

Outros aspectos contribuíram para o desenvolvimento das possibilidades em reprodução assistida. Em 1991, um grupo de cientistas belgas desenvolveu a revolucionária técnica da ICSI - *injeção de espermatozóide no citoplasma do óvulo*. A descoberta quase que acidental revelava as possibilidades da injeção direta de espermatozóide dentro do óvulo, que se torna um auxílio eficaz nos casos de infertilidade masculina, reduzindo as exigências quantitativas em relação ao número de espermatozóides e mesmo as exigências qualitativas, porque as pessoas podem recorrer as células espermáticas ainda imaturas e não móveis. Considere-se que esses feitos podem conduzir à clonagem reprodutiva.

Em 1993 a técnica da ICSI é introduzida no Brasil e, em 1996, cientistas ingleses desenvolveram uma tecnologia capaz de fazer a análise cromossômica de embriões concebidos em laboratório antes da implantação no útero. Em 1999, Jiaen Liu, um cientista vietnamita naturalizado americano, iniciou experiências com a maturação *in vitro* de tecidos ovarianos. Logo depois nasciam no Rio os primeiros bebês brasileiros gerados pela técnica da maturação de espermátides²². Em 2000 os cientistas, Jan Tesarik tcheco e Peter Nagy, húngaro que trabalha no Brasil, publicaram na revista *Human Reproduction* sua experiência com transferência de núcleos de óvulos, técnica que revitaliza e rejuvenesce óvulos fracos ou envelhecidos²³.

No desenvolvimento da aplicação das NTRc identificamos uma série de fatores que se apresentam como imprescindíveis, e podemos observá-los nos aspectos estruturais/institucionais, como os que dizem respeito aos recursos de pesquisa, aos instrumentos e materiais, aos cursos de formação, às condições de acesso ao material genético, hormonal e laboratorial, além de um grupo de fatores desenvolvidos a partir de escolhas, envolvendo decisões entre médicos-ginecologist@s/obstetr@s, a indústria farmacêutica, as pesquisas genéticas, os biólogos e o laboratório. Tome-se em conta também o desenvolvimento tecnológico e da medicação, as técnicas de indução da

Planejamento Familiar de São Paulo, liderado pelo professor Nilton Nakamura (BARBOSA, 1999).

22 Retira-se um pedaço do tecido do testículo onde estão as espermátides (células ainda imaturas, precursoras dos espermatozóides e que podem ser encontradas no epidídimo ou nos testículos). Faz-se o amadurecimento artificial dessas espermátides, que se transformam em espermatozóides e podem fecundar um óvulo. É recomendada para homens que não produzem espermatozóides.

23 Estes dados foram retirados do encarte da Clínica e Centro de Pesquisa em Reprodução Humana Roger Abdelmassih, de São Paulo, que me foi cedido por uma das entrevistadas. Disponível em: <<http://www.abdelmassih.com.br/fertilização.html>>. Acesso em: 8 jul.2001.

ovulação e a preservação de embriões. Soma-se a isto o desenvolvimento econômico, junto ao desenvolvimento dos exames laboratoriais, à possibilidade de estudar ultra-sonografia²⁴, à existência dos bancos de espermatozoides, que na França foram estudados por Bateman (1994), e à troca de material e recursos humanos entre clínicas. Isto dá as condições mínimas à expansão dessas práticas, que, uma vez aplicadas nas clínicas e traduzidas pelo corpo clínico (em geral obstetras, ginecologistas e biólogos), estruturam as relações entre as clínicas, os laboratórios e a indústria farmacêutica.

Ao mesmo tempo elas suscitam questões sobre a lógica do livre mercado e do risco. A desmistificação do método provocada pela mídia, apesar de ter aproximado os casais do conhecimento dessa tecnologia, gera novas demandas, e ao mesmo tempo cria expectativas, nem sempre consideradas éticas. De todo modo, segundo a fala dos médicos, a mídia contribui para desmistificar o tema; não se trata apenas de uma simples banalização, trata-se de aproximar a medicina reprodutiva da população em geral.

Eu não diria banalização da mídia, eu diria uma desmistificação do método, isso aproximou os casais ao conhecimento da tecnologia de que não existe nenhuma inferência maior do ponto de vista genético, ou de manipulação. O que a gente faz é colocar o óvulo e o espermatozóide.[...] Na verdade, a mídia colocou isso como uma coisa mais simples do que se pensava que fosse. Então os casais têm mais facilidade de vir buscar, eu acho que essa é a idéia (entrevista 13, Dr. Afonso).

A mídia cumpre então papel fundamental na divulgação dessas práticas, e os casais relatam que procuram as clínicas a partir das informações dadas por familiares ou através de amigos, que sempre se baseiam em alguma notícia de TV ou jornal, ou nas informações de alguém que fez ou está fazendo fertilização *in vitro*.

Os comentários falados ou escritos em jornais e revistas ou as entrevistas com pessoas que fizeram reprodução assistida para terem um filho, não criaram apenas expectativas, mas apresentaram possibilidades que, acalentadas pela “fantasia” e até mesmo pelo “desconhecimento”, geraram desejos. Desejos de buscar informações e, particularmente, de superação dos limites. Por que não posso, se a Popovic²⁵, se o Pelé²⁶, se tantos outros puderam?

²⁴ Apresentada por alguns médicos como uma revolução similar à do desenvolvimento laboratorial.

²⁵ Silvia Popovic era apresentadora de um programa na Band com seu próprio nome.

É preciso também considerar os encaminhamentos dos consultórios médicos para as clínicas de reprodução assistida, que contam muitas vezes com outras informações vindas de pessoas conhecidas do casal, ou de amigos que passaram pelo tratamento. Informações sem as quais, o encaminhamento médico não seria concretizado, tamanhas são as dificuldades de acesso, e a necessidade de esclarecimentos práticos, quanto a gastos, localização da clínica, lugar para ficar durante o tratamento, etc. Ainda a Internet, onde se buscam informações que, por vezes, servem para verificar o caminho dos procedimentos médicos, ou para conhecer o médico e a clínica.

Quando os casais sabem que há um intercâmbio entre as clínicas do Sul com centros considerados maiores, isto lhes dá segurança e gera disponibilidade interna para tentar o tratamento. A confiança nas clínicas do Sul, em particular nas de Santa Catarina, passa pelo fato de elas estarem sendo assessoradas por clínicas tidas como mais experientes, de outras regiões, em geral de São Paulo. É para lá também que muitos casais se dirigiram, antes ou depois de terem tentado tratamento em locais mais próximos como Curitiba/PR e, no próprio estado. Cria-se um imaginário de que isso garante o sucesso do tratamento. Imaginário que também foi reforçado, na entrevista com alguns médicos. Por um lado, esse intercâmbio efetivamente reforça a infra-estrutura e os recursos humanos e materiais necessários ao processo e, por outro, dá o apoio gerador de confiança entre os que procuram o tratamento, a partir da crença no imaginário comum, de que o que é feito ou vem de São Paulo é melhor.

O que percebemos é uma inegável ligação entre os elementos sociais e a construção do conhecimento. Os elementos sociais, por sua vez, estruturam e condicionam os conhecimentos científicos, ao mesmo tempo em que estes refazem as práticas sociais. Verificamos nas entrevistas que a busca dos casais por tratamento para engravidar foi um fator estimulador do investimento médico em sua própria formação, com o intuito de corresponder a essa demanda, que já estava se consolidando na sociedade e se refletia na angústia das mulheres, quando nos consultórios de ginecologia não era possível apresentar uma solução razoável à sua busca.

²⁶ Famoso por seus feitos como jogador de futebol no Brasil, e que também exerceu a função de ministro dos esportes durante o governo Fernando Henrique Cardoso (1996 – 2002)

Por outro lado, o mercado tecnológico dispõe de recursos laboratoriais que podem ser colocados a serviço desse processo. Muitas vezes os recursos eram emprestados por outras clínicas, como é o caso de algumas em Porto Alegre, que relatam terem recebido ajuda de São Paulo, desde microscópio a recursos humanos, durante muito tempo. Já estavam, assim, construídas condições para as negociações entre clínicas, propiciadoras das práticas como uma resposta tecnológica ao presente, e as condições para ganhos mercadológicos.

Considerem-se também o desenvolvimento de pesquisas laboratoriais e hormonais: a endocrinologia já de longa data vem investindo recursos em pesquisas, no sentido de compreender o mecanismo glandular e desenvolver a medicação hormonal com fins de atender às demandas cotidianas (OUDSHOORN, 2000).

Esses elementos sociais/coletivos reforçam formas de pressão sobre as clínicas que se explicitam na relação médico/“paciente”(cliente), particularmente entre o/a ginecologista e a “paciente”. Eles ocupam o lugar central no topo dessas relações. Por um lado encontramos as pacientes que insistem em obter a gravidez, mesmo diante da impossibilidade por vias “normais”. Por outro lado, a medicina também encontra no médico, somado ao desenvolvimento tecnológico, o caminho para sua expansão.

Diante da finitude das práticas convencionais/tradicionais de tratamento, o médico, que se apresenta sempre como relação de ajuda, deseja oferecer algo a mais do que as orientações dadas até então, na maioria das vezes, controles ovulatórios, seguidos de coitos programados, estimulação ovariana, laparoscopias exploratórias, retirada de endometriose e pólipos, ou ainda anticoncepção com a finalidade de regular os ciclos, etc.

Podemos perceber, com uma simples descrição panorâmica, a complexidade das questões envolvidas nas formas de agir da medicina, da biologia e da veterinária no conjunto dessa tecnologia biomédica para fazer um filho. O foco não se dá, nessas práticas, sobre o diagnóstico, mas sobre os resultados do que é chamado, equivocadamente, de “tratamento”, porque o que se faz aqui não é curar infertilidade, mas produzir um filho para um casal infértil; logo, a criança, no limite, é apresentada como remédio, mesmo que isso não seja afirmado.

Os casais envolvidos ressignificam sua vida e justificam a insistência em ter um filho do próprio sangue como forma adequar-se à prática desejável no interior de nossa

cultura, que se expressa sempre na pergunta: “você tem filhos?” , ao mesmo tempo em que no dispendioso esforço por respondê-la. Nesse sentido, o nascimento das clínicas e as formas biomédicas de tratar os problemas de fertilidade se apresentam como respostas a uma demanda.

O nascimento das clínicas de reprodução assistida e sua explicitação pública se devem também ao fato de que, uma vez democratizada a informação, mesmo se simplificada, não é mais possível manter as práticas isoladas, como se fazia no caso da inseminação artificial dentro das “velhas estruturas” dos consultórios. Parece se estabelecer neste momento uma nova divisão de trabalho entre os ginecologistas que continuaram fazendo ginecologia geral em consultório e aqueles que, daí em diante, serão “especialistas”²⁷ em reprodução humana.

A prática também evidencia a comunidade científica que a produziu, os seus interesses, avanços e limites. Portanto, é uma produção cognitiva e social, expressões utilizadas por Doré e Arand (1995). Quando falamos em NTRc, estamos falando de uma prática que já não separa tecnologia e fato científico; falamos, portanto, de tecnociência. A reprodução assistida traz, seguramente, uma tecnociência nascida da biomedicina. Os especialistas estão, em sua profissão, fazendo interagir duas dimensões: a da pesquisa, ainda que não seja a própria, e a da intervenção clínica, a partir de uma demanda social.

Fazendo uma relação com as clínicas por onde passamos, as duas do Estado de Santa Catarina e seis das sete existentes em Porto Alegre, deparamo-nos com uma decalagem entre a produção teórica dos grandes centros de biotecnologia e a intervenção clínica para fazer um filho, mediatizada pela medicação hormonal, pelos controles ecográficos e pela insistência dos envolvidos, médicos e casais, diante das muitas tentativas frustradas.

Considerado o nível mais geral, especialmente das universidades, produz-se pesquisa básica; mas focados os níveis particularizados da maioria, o que vemos é que os conhecimentos são englobados nas práticas cotidianas do tratamento em sua relação com as ofertas laboratoriais de medicamentos e do acompanhamento médico dentro da clínica privada.

²⁷ Lembra-se que, mesmo que assim se fale, não existe oficialmente esta especialidade no Brasil, embora ela comece a se constituir.

O saber teórico é mediatizado pela intervenção das clínicas, que usufruem destes conhecimentos, reduzindo-os a bases probabilísticas de sucesso/insucesso e oferecendo-os a um público que, em geral, não se compreende em sua existência sem filhos e que faz grandes sacrifícios para chegar até um local de tratamento.

As NTRc são um fenômeno global, caracterizado em toda parte pela hierarquia das relações e pelo poder das constelações empresariais e médicos, como podemos observar em nossa pesquisa sobre as clínicas no Sul do Brasil. Nesse sentido, é preciso ter em conta também o seu consumo e a política criada para sua regulação em várias partes do mundo, bem como as implicações sociais desse processo.

Parte I. Questões teórico-metodológicas: ética/bioética e gênero

Capítulo I .

Percurso Metodológico

Essa tese foi desenvolvida a partir de uma perspectiva interdisciplinar, no campo das ciências humanas. E embora tome em conta informações que vêm da área biomédica, da biologia e das tecnologias genéticas e moleculares, nosso ângulo de análise foi o socioantropológico, abordado a partir das representações dos casais inférteis e médicos, em relação: a) à intersecção entre sexo/gênero e reprodução humana; b) à circunscrição da filiação, maternidade e paternidade biológica; c) às diferenças nos modelos de compreensão da natureza e da cultura, o seu entrelaçamento com sexo e gênero em sua relação com o natural e o artificial; d) aos aspectos éticos/bioéticos envolvidos na percepção e significado dos riscos.

De ora em diante, esclarecemos ao leitor/a que as categorias de análise de nossas entrevistas foram construídas através da elaboração dos aspectos relativos ao tema, presentes nas representações dos entrevistados. Trabalhamos a partir de uma análise temática, conformada no caminho proposto por nossas questões já delineadas na introdução.

A análise temática, diferente da análise por entrevista, que percorre os temas nelas presentes para reconstruir sua estrutura singular, desfaz a singularidade do discurso e recorta, transversalmente, o que, de uma entrevista à outra se refere ao mesmo tema. Ela ignora assim a coerência singular da entrevista e busca uma coerência temática inter entrevistas. A manipulação temática, consiste assim, em jogar o conjunto dos elementos significantes em uma espécie de saco de temas que destrói, definitivamente, a arquitetura cognitiva e afetiva das pessoas singulares (BARDIN,1991; APUD. SINGLY, 1992). A análise temática é então coerente com a implantação de modelos explicativos de práticas ou de representações, e não da ação. A identificação dos temas e a construção da matriz de análise se efetuam a partir das hipóteses descritivas da pesquisa, que também foram reformuladas após a leitura das entrevistas. Elas provêm de uma interação entre hipóteses e corpus. Deste modo, a unidade temática não é definida como uma unidade lingüística. É um núcleo de sentido recuperável, em função da problemática e das hipóteses da pesquisa. A unidade de recorte é o tema, que representa um fragmento de discurso. Cada tema é definido por uma matriz de análise elaborada empiricamente. A forma de recorte é estável de uma entrevista à outra. Importa a análise do conteúdo que estuda e compara o sentido do discurso para revelar os sistemas de

representações veiculadas. Isto é diferente das análises lingüísticas que estudam e comparam as estruturas formais da linguagem.

1. Histórico do Tema

A escolha desta temática não foi coisa fácil para nós, porque estávamos com nosso olhar treinado para trabalhar com uma bibliografia no campo de saúde, trabalho e gênero, por termos desenvolvido nossa dissertação de mestrado nesse sentido¹.

Na dissertação, a postura interdisciplinar era uma exigência do próprio estudo. Por um lado, usamos os referenciais da sociologia do trabalho, particularmente no que concerne ao trabalho feminino (nesse caso específico, o emprego doméstico) e, por outro lado, os referenciais da antropologia e da história, no que se refere às teorias de gênero. Além desses dois referenciais, usamos também uma abordagem psicossocial fundamentada nas representações sociais e no diálogo com as áreas que têm discutido saúde e trabalho, tanto em relação ao caráter social desse processo, no que concerne ao desgaste físico e psíquico, quanto aos aspectos psicopatológicos.

Ao decidirmos, porém, pelo processo de seleção, ao doutorado, resgatamos esse caminho, tanto metodológica quanto epistemologicamente falando, com o intuito de garantir a continuidade e a profundidade dos estudos, mas também como forma de respaldar nossa vinculação com o espaço institucional por nós pretendido. *Margaridas²: inter-relacionando gênero e processo de trabalho com resíduos urbanos à saúde-doença*, foi o que nos permitiu dialogar com a banca na ocasião do processo de seleção, quando se deu a aprovação para o Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas.

Contudo, ao longo do trajeto, conhecendo melhor os percalços do próprio doutorado interdisciplinar e o que significaria manter essa temática sem o respaldo de um grupo com o qual pudéssemos dialogar, além das dificuldades inerentes ao quadro docente, em

¹ Dissertação de mestrado defendida no Programa de Sociologia Política da UFSC em 1997, orientada pela professora Luzinete Simões Minella e intitulada: “Saúde-Doença na Interação entre Gênero e Trabalho: um estudo das representações das empregadas domésticas”. Observamos como o processo saúde-doença se estruturava nos papéis sociais delegados à mulher no âmbito do doméstico. Como eles passavam por extensão da patroa para a empregada e implicavam deste modo, valores diferenciados de gênero, classe e *status* vivenciados entre mulheres. Analisamos a grande ambigüidade e a tensão dessa relação de trabalho, baseada em relações mais personalizadas do que contratuais, freqüentemente fragilizadas, cada vez que as perspectivas eram frustradas por alguma forma de não correspondência. Esse substrato, ao mesmo tempo social e grupal, permitiu-nos verificar um saber prático sobre a saúde - doença associada ao trabalho. Nesse caso, condição de produção e circulação das representações sociais ligadas ao sofrimento, particularmente à “dor moral”, mais do que a sintomas físicos, na medida em que se constituía a partir de uma subjetividade experimentada com base em uma visão desvalorizada de si mesmas, sob o preconceito social, que também recheia este trabalho, com conteúdo de menor valor.

relação à possibilidade de orientação para esse tipo de recorte, resolvemos modificar o projeto.

Depois de uma conversa quase que informal com a professora Miriam Grossi, na qual ela nos apresentou um rol de outras possibilidades, que, embora “assustadoras”, manteriam-nos no interior dos estudos de gênero, optamos por NTRc, considerando que, naquele momento, já havíamos feito contato com alguns textos sobre o tema.

Resgatamos então o processo anterior, no qual havíamos feito uma pesquisa sobre representações e práticas de contracepção entre as agentes de Pastoral da Saúde da Igreja Católica³. E, embora ainda vivendo uma relação ambígua entre a aproximação e a repulsa, especialmente porque não visualizávamos a possibilidade do trabalho empírico, passamos a concretizar contatos, ligando para a Secretaria da Saúde/SC, para o Conselho Estadual de Medicina e para as principais maternidades locais, a fim de julgar a viabilidade da pesquisa. As informações obtidas giravam em torno de tratamentos para infertilidade convencionais (como o uso de medicação, o controle de temperatura e coito programado, cirurgias para retirada de endometriose, pólipos, miomas, etc.), considerados tratamentos para engravidar e que eram confundidos com tecnologias reprodutivas.

Apesar de essa temática estar com frequência na mídia⁴, encontrávamos-nos sempre diante do impasse de ter que explicar para as pessoas o que procurávamos. Falar de fertilização *in vitro* e inseminação artificial não fazia parte nem da prática, nem do imaginário dos que nos atendiam. Esse assunto estava circunscrito ao tratamento para alguns, tomado como “coisa de rico”. Dele os serviços públicos não davam notícias, pareciam desconhecê-lo e parecia nem sequer fazer parte das perspectivas da área, posição que fomos confirmando ao longo do trabalho. Pareciam sempre perguntar: “Mas o que queres com isso?” O que não deixava de ser uma posição incômoda para nós, porque, de certo modo, também partilhávamos dessa representação.

Às vezes alguém dizia: “AH! A Dra..... faz”, o “Dr. faz lá na Carmela Dutra”. Cada vez as notícias eram mais desalentadoras, porque tínhamos certeza de quantas

² Mulheres varredores de rua em Florianópolis

³ Pesquisa desenvolvida a partir do Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia da Pesquisa em Gênero Sexualidade e Saúde Reprodutiva. CEPESC/IMS/UERJ, apoio FUNDAÇÃO FORD/1997/1998. Este texto se encontra nos Cadernos de Pesquisa do Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas do CFH/UFS/SC. Trata-se de uma pesquisa realizada depois do mestrado.

⁴ A partir de tabela fornecida pela Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR, julho de 2000), entre os meses de julho de 1996 a abril de 2000, foram publicadas, nos maiores jornais do país, 694 matérias em torno dos sub-temas: fertilidade/infertilidade/reprodução assistida/clonagem/tecnologia genética, anomalia/medicina fetal. Sem contar a enxurrada de reportagens divulgadas ultimamente.

seriam as dificuldades. No término dos créditos das disciplinas obrigatórias, em setembro de 2000, havíamos feito alguns poucos contatos com casais e médicos que mostravam grande resistência em falar. Ou mesmo diziam: “Deixa para mais tarde”. O leitor/a poderá imaginar o que isso significa quando se está sob a pressão dos prazos.

Concomitante a esses contatos locais, buscávamos, através da lista de bioética⁵, saber se haveria um Centro de Reprodução Assistida no serviço público de saúde, no qual pudessemos fazer nossa pesquisa. Fátima Oliveira (médica organizadora da lista de bioética) disse-nos que achava difícil, o que se somava ao que nós mesmos havíamos lido na tese de Marilena Corrêa (1997)⁶ sobre suas dificuldades e conseqüente desistência em fazer um caminho próximo ao que estávamos querendo fazer.

Entre essas incertezas, desenvolvemos nossa primeira entrevista com um casal e, em seguida, com um médico de Blumenau/SC, local onde se encontra também um dos dois Centros de Reprodução Assistida do Estado, o Procriar. O outro é o Clinifert, de Florianópolis/SC. Nesse local um médico nos afirmou que o acesso aos casais seria muito difícil. Ele disse: “Só para você ter uma idéia, tentei falar com uma paciente sobre uma outra, que queria conversar com alguém que havia feito ICSI porque a dela não havia dado certo. E a pessoa me pediu desculpas, dizendo que o caso dela era segredo” (Dr. Egídio).

Entretanto, também nos disse que achava ter um casal com quem poderíamos conversar. Pensava que aceitariam, se ele lhes falasse. Combinamos que ligaríamos novamente e após sucessivas ligações telefônicas sem sucesso desistimos, porque nos convencemos da necessidade de buscar outras estratégias.

Nesse período, após quatro marcações, com três manhãs perdidas em esperas no Hospital Universitário/Florianópolis/SC, entrevistamos outro médico, que também trabalha no Procriar em Blumenau/SC. Este caminho nos parecia extremamente pesado, porque víamos o tempo passar, sem conseguir ter certeza de que o campo poderia ser investigado. Mas no caso desse médico, seu entusiasmo e sua disponibilidade em nos atender em sua própria casa, durante o seu tempo de descanso, e especialmente, suas palavras, pareciam garantir o sucesso do processo do trabalho empírico. Após contatos telefônicos mantidos com ele com muita insistência, o mesmo foi facilitador de três entrevistas com casais. De todo

⁵ ListaBioética<bioética@widesoft.com.br; hospedada por <http://www.widesoft.com.br>. Projeto Divulgação e Popularização da Bioética: direitos reprodutivos. Instituição patrocinadora: MacArthur Foundation, Fundo de Capacitação e Desenvolvimento de Projetos (FCDP).

⁶ Tese de doutoramento, defendida no Instituto de Medicina Social da UERJ.

modo, continuávamos com a sensação de estarmos embarcando em uma “canoa furada”; dada a permanente dificuldade e o medo da inviabilidade de realizar essa pesquisa de campo.

Persistimos no envio de e-mails para Fátima Oliveira, que nos recomendou o professor e doutor Joaquim Antonio César Mota, bioeticista da Universidade Federal de Minas Gerais e que também era membro do comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. Esse professor, por sua vez, falou com o professor Aroldo Camargos, coordenador do serviço de reprodução assistida do Hospital das Clínicas da UFMG, que se colocou à disposição para ajudar. Continuamos, no entanto, fazendo contatos em Florianópolis e com pessoas em outras cidades do estado. Usando a técnica de rede, mapeávamos casais que haviam recorrido ao uso de NTRc, na base de quem conhece quem, tanto para o caso de não dar certo em Minas Gerais, quanto para a possibilidade de fazer um estudo comparativo entre um serviço público e clínicas privadas, proposta cogitada inicialmente. Enviamos concomitantemente nosso projeto de pesquisa para que Dr. Aroldo Camargos soubesse do que se tratava e para que julgasse se haveria necessidade da aprovação pelo Comitê de Ética. Mesmo sem sua resposta, sabíamos, pelas informações fornecidas por Fátima de Oliveira, que possivelmente nosso projeto teria que ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e, sucessivamente, pelo CONEP/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, uma vez que se desenvolveria no espaço clínico-hospitalar. E depois disso, caso o trabalho de campo precisasse ser realizado noutra universidade, teria que passar pelo Conselho de Ética em Pesquisa local. As informações estavam corretas. Foi o que aconteceu, de certo modo.⁷

⁷ A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) é uma comissão do Conselho Nacional de Saúde/CNS, criada através da Resolução 196/96 e com constituição designada pela Resolução 246/97, com a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho. Tem função consultiva, deliberativa, normativa e educativa, atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. A CONEP e os CEP têm composição multidisciplinar com a participação de pesquisadores, estudiosos de bioética, juristas, profissionais de saúde, das ciências sociais, humanas e exatas e representantes dos usuários. O CEP institucional deverá revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, cabendo-lhes a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Terá papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer sua apuração. A CONEP deverá examinar os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos em áreas temáticas especiais, encaminhadas pelos CEP das instituições, e está trabalhando principalmente na elaboração de normas específicas para essas áreas. Dentre elas, a da genética humana, da reprodução humana, dos novos dispositivos para a saúde, das pesquisas em populações indígenas, das pesquisas conduzidas do exterior e aquelas que envolvam aspectos de biossegurança. Esta organizando um sistema de acompanhamento das pesquisas realizadas no país. Funciona também como instância de recursos e assessoria ao Ministério da Saúde (MS), ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como ao governo e à sociedade, sobre questões relativas à pesquisa em seres humanos. Pode, portanto ser contatada por instituições, pesquisadores, pessoas participantes das pesquisas e outros envolvidos ou interessados, além disso recebe sugestões. Outras informações sobre a Resolução do CNS de 06 de julho de 2000 que trata da Reprodução Humana, podem ser encontradas em: <[http:// conselho.saude.gov.br.html](http://conselho.saude.gov.br.html)>

À medida que os contatos foram avançando, o impasse foi se colocando novamente, pois, para apresentar os muitos documentos ao CEP da UFSC, precisávamos do envio de duas declarações do Centro de Reprodução Assistida de Minas Gerais. 1) Declaração de ciência e parecer do Hospital ou Instituição envolvida. 2) Declaração da Instituição em cumprir os termos das resoluções 196/96 e 251/97 e 292/99 do Conselho Nacional de Saúde. Por causa da demora em obtê-las, à medida que se aproximavam os prazos da reunião do Comitê as preocupações aumentavam, porque, perdidas as datas, teriam que ser reformuladas as intenções de fechar o trabalho de campo no máximo até fevereiro de 2001. Depois de várias ligações telefônicas e de uma série de e-mails, Dr. Aroldo nos informou que deveríamos encaminhar todos os documentos para o CEP da UFMG/MG, seguindo suas exigências, e que, a partir de então, ele anexaria as declarações e as levaria até o Comitê de Ética. Isto de saída inviabilizava a aprovação do CEP/UFSC/SC, uma vez que não havia como completar o processo.

Como os principais documentos para o comitê da UFSC já haviam sido providenciados, depois de uma consulta ao *site* do Hospital das Clínicas da UFMG⁸ para saber sobre suas exigências, conseguimos adaptar a maior parte do que já existia e enviá-los para Dr. Aroldo Camargos, que se comprometeu a anexar as declarações de sua alçada, encaminhando o processo ao Comitê de Ética da UFMG.

Passados alguns dias, quando avaliávamos a possibilidade de adiantar o trabalho de campo, ainda que sem a aprovação a priori do CEP, Dr. Aroldo nos comunicou da inviabilidade de consegui-lo para o mês de janeiro, uma vez que os funcionários do Centro estariam de férias, e que nesse caso, a pesquisa só poderia ser iniciada a partir de fevereiro. Isto ressuscitou os temores sobre o futuro do trabalho. O desfecho do caso sobre o campo da pesquisa aconteceu por ocasião da qualificação, em 19 de dezembro de 2000, quando a banca recomendou fortemente que o trabalho fosse realizado no Sul.

Isso, se por um lado era instigador, por outro permanecia circunscrito aos “fantasmas” da impossibilidade, mesmo se consideradas as sete entrevistas já realizadas até aquele momento (com cinco casais e dois médicos). Além disso, havia sido investida tanta energia com outros contatos e preparados tantos papéis para os CEPs, que não parecia fácil abandonar esse caminho para recomeçar outro. No mais, desconhecíamos se, no caso de fazer esse tipo de pesquisa, era necessária a aprovação de mais algum comitê. Nas tentativas de esclarecimento, as respostas foram confusas e o processo demorado. Não

⁸Comitê de Ética em pesquisa da UFMG. <<http://www.ufmg.br/coep.html>>. Acesso em: 17 nov.2000.

poderíamos esperar, sob pena de perder os prazos. Começamos então, a partir da aprovação pela banca de qualificação, a investir tempo e recursos na continuidade do “mapeamento” de casais e médicos. Os casais foram contatados nas cidades de Blumenau, Tijucas, Florianópolis, Criciúma e Tubarão, os médicos em Florianópolis, Blumenau e Porto Alegre. Uma vez informada sobre algum casal⁹, ligávamos ou buscávamos auxílio na lista telefônica para localizá-lo. Explicávamos de que se tratava e o que desejávamos e em seguida, perguntávamos se aceitariam falar sobre o seu próprio processo de tratamento para engravidar. Explicávamos sobre o livre consentimento¹⁰, sobre o resguardo do sigilo e a possibilidade de recusa à participação em qualquer momento. Em seguida, combinávamos a forma de fazer a entrevista, esclarecendo sobre a necessidade de falar com os dois, de preferência em separado. Isto nem sempre foi possível ou aceito. Foram poucas as recusas à entrevista, a maior dificuldade deu-se em relação à compatibilização de horários. Falamos neste primeiro momento, tanto com homens como com mulheres. Em ambos os casos, as entrevistas foram feitas nas casas, no trabalho e até em lanchonetes dos ambientes de trabalho, sendo que os homens representaram o maior número dos que foram entrevistados no trabalho. Entrevistamos 20 casais, somando 34 entrevistas, das quais 29 foram feitas separadamente com homens e mulheres, 5 casais foram entrevistados juntos (um dos pares levou meses para conseguir um horário, recusando-se, finalmente, depois de ligarmos muitas vezes. Na última vez ele nos perguntou se não era possível deixá-lo fora, porque ele não tinha tempo, estava sozinho no trabalho. Como já havíamos insistido muitas vezes, aceitamos sua proposição). Além dessas entrevistas, acompanhamos também a trajetória de um casal (dentre os entrevistados), que obteve uma gravidez após a terceira ICSI, duas das quais sem sucesso. Nesse caso, além de nossas próprias observações, nos foi possibilitada a leitura dos relatos do diário de um dos pares, que se revelou material representativo do que acontece com a maioria dos entrevistados.

Grande parte das entrevistas com médicos foi realizada durante o mês de janeiro de 2001. Estivemos durante dias compatibilizando as agendas e remarcando os horários, visto que as entrevistas eram desmarcadas com frequência, ou os horários se inviabilizavam porque atividades no interior das clínicas ou a distância entre os locais das entrevistas

⁹ A maioria dos contatos foram obtidos através dos próprios casais, em alguns poucos casos através de alguns nomes fornecidos pelos médicos, do auxílio de ex- alunos e parentes.

¹⁰ Em campo, antes de cada uma das entrevistas, falávamos sobre a folha do consentimento informado, mas havia recusa em assiná-la. Como percebemos que ela não fazia sentido após toda negociação anterior e que era um elemento altamente constrangedor para todos, parecendo sempre levantar suspeitas, nós a retiramos da situação de entrevista, embora tenham sido mantidas cópias para eventuais necessidades (vide apêndice).

impediam os agendamentos. Sem dúvida esta foi a parte mais estressante e mais dispendiosa do trabalho de campo, sobretudo porque foi realizado em outras cidades.

Em Porto Alegre foram realizadas oito entrevistas, com médicos dos seguintes centros de reprodução assistida: Gerar, Fertilitat e Progest. As demais (sete) foram realizadas em SC, nas Clínicas da Mulher e Clinifert, um dos médicos foi localizado na Clínica Materno fetal, local onde ele fazia ultrassonografia, não está vinculado a nenhuma clínica de reprodução assistida. Este foi entrevistado porque se revelou na fala dos casais uma chave fundamental para entender os processos éticos/bioéticos, já que esteve envolvido em um dos casos em que se colocou a necessidade de redução embrionária e também acompanhava os exames de ultrassonografia das gestantes que haviam feito reprodução assistida.

Terminada a fase de campo (desenvolvida durante os meses de outubro de 2000 e mais intensamente em janeiro e fevereiro de 2001), passou-se à transcrição intensiva do material, já que até àquele momento somente algumas fitas haviam sido transcritas. Tínhamos 70 fitas de 60 minutos para serem transcritas, trabalho realizado de março de 2001 a início de junho. Cada entrevista foi reenviada ao entrevistado, pelo correio ou por e-mail, a fim de que tivesse o controle sobre o que foi gravado e pudesse acrescentar e/ou modificar algo. Apenas dois casais nos contataram, um porque não havia entendido o recebimento do material, outro para nos passar novas informações.

Quanto aos médicos, quatro de Porto Alegre pediram para refazer as entrevistas. Isso demandou nova volta ao campo, em julho de 2001. Na primeira vez voltamos a Porto Alegre para refazer as entrevistas com dois médicos, um da clínica Progest e um do Centro Gerar. Um deles preferiu conversar e o contato serviu mais para esclarecer dúvidas. Na segunda vez, voltamos para refazer a entrevista com médicos da PUC/Fertilitat. Um deles enviou suas modificações por e-mail. Nessa ocasião entrevistamos o médico fundador da Fundação Universitária de Endocrinologia e Fertilidade/ FUEFE/RS, porque ele se revelou, na fala dos outros médicos, a chave para entender a constituição do campo de reprodução assistida no Sul do país.

Concomitantemente ao trabalho de campo, preparamos o projeto e a documentação necessária para concorrer a uma bolsa de *doutorado sanduíche* na França. Tendo obtido a bolsa no final de agosto de 2001, (com aprovação da CAPES e CNPQ), permanecemos em Paris como bolsista CAPES, entre setembro de 2001 e março de 2002. Exercemos atividades como estagiária no CERSES/IRESKO, (Centre de Recherche Sens Éthique, Société no Centre National de la Recherche Scientifique/CNRS/Paris/França), sob a orientação de Simone Bateman. Essa permanência foi fundamental para ampliar a formação teórico-acadêmica.

Embora, em momento algum, pensássemos em um estudo comparativo entre Brasil e França. O fato é que sem o contacto com a bibliografia lá encontrada, e sem as entrevistas realizadas com pesquisadores franceses (entrevistamos cinco especialistas em procriação medicalmente assistida como se chama na França, uma psicóloga, uma psicanalista, um biólogo e dois médicos, uma ginecologista e um urologista), certamente muitas das questões desta tese teriam ficado sem respostas. E muitos aspectos não teriam sido pensados, redimensionados e até mesmo construídos. As entrevistas lá realizadas, foram de contraponto fundamental para entender o uso e o desenvolvimento das tecnologias no Brasil. A França já acumula produção teórica e discussão pública sobre o tema de longa data, no nosso caso brasileiro, tudo ainda é bastante incipiente, tratando-se particularmente, das ciências sociais e humanas, ou da psicanálise, que na França é uma das áreas onde se pode localizar grande número de publicações.

2. Os entrevistados

Dentre os 20 casais entrevistados, 20 mulheres e 19 homens, somando um total de 34 entrevistas (das quais, 29 foram realizadas em separado, 5 casais foram entrevistados juntos e 1 dos pares se recusou). Eram 12 os homens que apresentavam algum tipo de dificuldade para engravidar. Dentre as mulheres, 16 tinham problemas para engravidar, e em 9 casos o problema era comum a homens e mulheres. Das 20 mulheres, 4 não apresentavam nenhum problema e o mesmo aconteceu com 7 dos 19 homens.

A seguir, encontramos uma breve descrição de cada casal, para dar idéia ao leitor sobre alguns aspectos do perfil de cada um. Os nomes são uma atribuição fictícia a fim de garantir o anonimato (tanto para casais como para os médicos). De antemão, podemos dizer tratar-se de casais das camadas médias (mesmo que alguns possam estar mais para classe média baixa, já que as dificuldades econômicas são relatadas por todos, menos por 2 deles). A maioria tinha curso superior, estando majoritariamente na faixa de 33 a 44 anos (apenas 2 pares de casais diferentes tinham menos de 30 anos e 1 tinha mais de 60 anos).

Casal I - Rosa e Angelo, ela tinha 33 anos, ele tinha 27 anos. Ela tinha 3 filhos de um primeiro casamento e havia feito laqueadura após o nascimento do terceiro filho. Casada pela segunda vez, desejava “dar um filho ao marido”, que não tinha filhos e, embora, afirmasse amar os filhos dela, queria ter a experiência de cuidar de um bebê. Ela passou por sucessivas consultas no Brasil. Mas ambos relatam que os tratamentos, além de serem muito caros, eram

em cidades distantes de onde moravam, o que os inviabilizava para eles. Diante de circunstâncias de trabalho, mudaram-se para a França, visto que ele era francês, e lá passaram por sucessivos tratamentos. Fizeram 7 fertilizações *in vitro*, e no momento da entrevista ela estava grávida de 7 meses. Soubemos depois que havia nascido um menino em Marseille, na França. Nós os entrevistamos quando estavam de férias no Brasil, visitando sua família. O que distingue este casal dos outros é que todo o tratamento feito na França foi pago pela *Sécurité Social*, diferente dos outros, que o fizeram em clínicas privadas brasileiras. Como eles têm embriões congelados, irão fazer mais uma tentativa de gravidez.

Casal II – Mirna e Gilson. Ela tinha 38 anos, era funcionária pública, sem filhos. Ele com igual idade, funcionário público, sem filhos. A demora em engravidar fez com que ela buscasse tratamento em Florianópolis, gastando segundo nos relatou, muito tempo e dinheiro na clínica onde foi atendida. Ela fazia poupança mensal para pagar o tratamento, guardando o dinheiro do seu salário. Também esteve em Blumenau, Curitiba e São Paulo. Depois que mudou para uma segunda clínica em Florianópolis, foi constatada endometriose e obstrução tubária nela e que o marido apresentava baixa mobilidade espermática. Embora ele não tenha nos relatado isto durante a entrevista, foi a esposa quem nos falou. Após três inseminações artificiais e duas fertilizações *in vitro* sem resultado, ela, que já procurava tratamentos homeopáticos com os quais não se sentia muito bem, passou a frequentar sucessivamente um Centro Espírita em Angelina/SC, onde relata ter recebido orações e ter feito uso de garrafadas. Um dia em que estava entrando no Centro Espírita, alguém olhou para ela e disse: “Você está grávida”, e diz ter tomado um imenso susto. Após voltar para casa foi a São Paulo a trabalho e resolveu consultar um especialista de lá. Fez o ultra-som e **este não confirmou a gravidez** Segundo nos disse, “continuava cismada”; procurou o médico da clínica de Florianópolis e ele pediu exames *que deram positivo*. Ela, durante a entrevista, atribuiu a gravidez ao tratamento realizado no Centro Espírita. Posteriormente, falei ao telefone com o médico dela (e que me havia indicado este casal após tê-lo entrevistado), e comentei o fato. Ele disse: “Pois é, né, dorme com este barulho”, e mudou de assunto.

Casal III – Jád e Beto. Ela tinha 35 anos, trabalhava no lar, e, segundo os médicos, não havia nenhuma causa aparente para a não-gravidez. Ele tinha 36 anos, comerciante, também não apresentava nenhum problema aparente, (segundo ela, porque ele se recusou a ser entrevistado). Eles têm um filho adotivo. Ela fez três inseminações artificiais, uma fertilização *in vitro* em Florianópolis e estava grávida naturalmente no dia da entrevista.

Atribuiu a gravidez às suas muitas orações e a chama de presente de Deus; ela é catequista na Igreja Católica e diz também ter sido um milagre a cura do hipertireoidismo que, segundo ela, foi adquirido por causa de toda a química ingerida durante o tratamento. Diz que, depois de ter pedido a Deus que a curasse, voltou ao médico e simplesmente não havia mais nada. Ela é a única dentre as nossas entrevistadas que relata ter adquirido uma doença durante o uso das medicações para engravidar; ela insiste bastante no aspecto químico e artificial desse tratamento, diz que o corpo é todo construído e que sua artificialidade só pode fazer mal. Diz que essa criança não nasce do amor, mas da química. Fizeram poupança especial para pagar o tratamento, que durou dois anos.

Casal IV – Janete e Geraldo. Ela tinha 33 anos, era vendedora de loja. Ele tinha 37 anos, era autônomo. Ambos, sem filhos quando começaram o tratamento. Agora têm um filho, depois de uma fertilização *in vitro* sem resultados, a qual, sucedeu-se uma inseminação artificial com resultado positivo de gravidez, ambas realizadas em Florianópolis. Diferente dos outros casais, ela engravidou de inseminação. Eles quiseram fazer primeiro a fertilização *in vitro* porque acreditavam que seria mais eficiente. Foram eles que decidiram sobre a escolha do procedimento. Geraldo apresentava baixa mobilidade espermática, Janete tinha problemas hormonais, além de endometriose e obstrução tubária. Consideraram que gastaram uma fortuna, pagaram o tratamento com o dinheiro do FGTS, retirado quando ele foi demitido do trabalho. Trataram-se durante oito anos para engravidar normalmente em consultório, e durante dois anos com NTRc. Ela diz que irá tentar nova gravidez, mas que dessa vez fará inseminação, já que a fertilização anterior não deu resultados.

Casal V – Gilda e Ray. Gilda foi, segundo seu relato, uma das primeiras mulheres a ter acesso à reprodução assistida do Estado de Santa Catarina, e ela era também a referência dos demais entrevistados em sua cidade. Através dela pudemos contatar vários outros casais. Ela tinha 37 anos e era microempresária. Ele tinha 44 anos, revendedor (microempresário). Eles têm três filhos, o primeiro nasceu depois de quatro fertilizações *in vitro*, quando os tratamentos ainda eram muito incipientes; o menino está com 12 anos, os outros foram de sucessivas gravidezes normais. Ela ia a São Paulo sistematicamente, para fazer o processo e os controles. Colhia sangue em Santa Catarina e mandava por avião para São Paulo, através de conhecidos da empresa do marido; eles também pegavam o material no aeroporto e levavam para a clínica. Ela tinha endometriose, ovários policísticos. O marido tinha varicocele, foi submetido a cirurgia. É o casal cuja situação financeira é a melhor em nossa

amostra, o que lhe permitiu também fazer este tratamento tão longe e superando tantos empecilhos laboratoriais e clínicos de um tempo tão inicial da reprodução assistida, mesmo em São Paulo. Trataram durante quatro anos para obter gravidez normal e engravidou após um ano com NTRc. Durante a entrevista ele nos disse que se fosse para fazer hoje, ele não faria mais isto, mesmo amando seu filho, o mais parecido com ele. Ele não faria porque isso é artificial demais e “não se deve forçar as leis da natureza”, ele diz ter mudado sua concepção de mundo depois que começou a fazer parte de uma religião chamada Marikari.

Casal VI – Mônica e Andrei. Ela tinha 29 anos, professora, e ele tinha 37 anos, administrador de empresas. Ela também fez o tratamento em São Paulo, é da mesma rede do casal anterior. Ela não engravidava, mas o principal motivo de terem procurado ajuda para engravidar era que o Andrei “queria filhos homens”. Ele tinha duas filhas de relacionamentos não-maritais e de mães diferentes, que o haviam “obrigado” a assumir a paternidade depois da comprovação por testes de DNA. Também relata ter tido uma namorada que fez um aborto na Inglaterra. Como nesse casamento queria filhos homens, foram para São Paulo, onde julgavam ser possível fazer isto. Mônica não sabia que tinha problemas, isto se evidenciou quando procurou o medic@ em São Paulo. Os exames revelaram ovários policísticos e trompas aderidas. Ela foi submetida a três fertilizações *in vitro*. Na segunda houve algum problema de troca de material, o que ficou em meias palavras durante a entrevista, porque ambos não quiseram falar sobre o assunto. Apenas disseram que estavam no hotel e a clínica chamou a Mônica para dizer que ela deveria ir até lá porque tinha alguma coisa errada, parece que eles retiraram o inseminado. Na terceira FIV ela engravidou de quatro embriões e deu à luz trigêmeos. Diz ter tomado um susto tão grande quando o medic@ começou a contar durante um ultra-som, “1, 2, 3”, que perdeu um dos embriões na hora. Ela deu à luz dois meninos e uma menina, ela se tratou durante um ano com NTRc.

Casal VII - Francine e Gentil. Ela tinha 43 anos, do lar, e ele tinha 44 anos, era empresário. O que os levou a procurar tratamento foi a demora para engravidar. Ela tinha 38 anos na ocasião do tratamento. Foi diagnosticada endometriose, o marido “não tinha nada”. Foram feitas duas ICSI, nasceu uma filha. O tratamento foi feito em São Paulo, na ocasião fizeram coleta de dinheiro entre familiares para pagá-lo. O tratamento foi pontual com NTRC, durante um ano. Este casal, mais o casal V, o casal VI, casal VII e o casal IX engravidaram após tratamento na mesma clínica em São Paulo. Os casais V e VI se conhecem, os casais VII e IX são de outras cidades.

Casal VIII - Tereza e César. Ela tinha 34 anos, comerciante e professora e ele 35 anos, eletricitário, ambos sem filhos. Ela tinha ovários policísticos, obstrução tubária e endometriose. Ele nenhum problema aparente. Ela se submeteu a uma inseminação sem sucesso e a uma ICSI em Florianópolis, igualmente sem sucesso. No momento da entrevista aguardava a reforma da clínica para voltar ao tratamento. Estava se tratando há dois anos. No dia da entrevista Tereza chorava muito, o que deixava a situação delicada – nem todo assunto podia ser tratado, pelo cuidado que a situação exigia.

Casal IX - Janete e Raul. Ela tinha 42 anos, era analista de sistema. Ele 44 anos, era automador comercial. Eles têm uma filha. Fizeram o tratamento em Curitiba e em São Paulo. Janete tinha endometriose e pouca ovulação. Tratou durante mais de três anos em Florianópolis, sem resultados. Ficou uns três anos em Curitiba e depois foi para São Paulo. Fez três inseminações, quatro ICSI, engravidou na quarta tentativa. Tratou-se para obter gravidez normal durante três anos, estava usando NTRc há três anos.

Casal X - Luiza e Luiz. Ela tinha 36 anos, era oficial de justiça. Ele tinha 67 anos, americano, aposentado, tinha sete filhos nos EUA do primeiro casamento e havia feito vasectomia há 27 anos. Tentou reversão, o que foi inútil. Eles têm um filho após duas ICSI. Ela fez tratamento pontual em Florianópolis e engravidou.

Casal XI - Monica e Nando. Mônica tinha 37 anos, era professora estadual. Nando tinha 39 anos, era microempresário. Ela apresentava obstrução tubária, endometriose e salpingite. Nando tinha azoospermia, submeteu-se a cirurgia por 2 duas vezes para coletar espermatozóides no epidídimo. Fizeram três ICSI Mônica engravidou na segunda tentativa, mas perdeu. Adotaram um menino durante a fase da confecção da tese. Durante oito anos fez tratamentos convencionais, permaneceu dois anos tratando com NTRC, em Ribeirão Preto/SP.

Casal XII – Tereza e Kauli . Ela tinha 40 anos, nunca teve filhos, era advogada. Ele tinha 42 anos, economiário, teve um filho de um primeiro casamento, (com quem se encontrava regularmente). Ambos trabalhavam em bancos. Tereza fez duas inseminações em Florianópolis, três fertilizações *in vitro* em Curitiba, duas ICSI; na verdade, em um dos processos para FIV, na terceira, parte do material foi utilizado para fazer ICSI em Porto

Alegre. Foram feitas também sete tentativas sem obtenção de óvulos ou com óvulos considerados ruins. Engravidou na segunda ICSI, eram trigêmeos e ela os perdeu. O marido tinha oscilação espermática. Trataram durante cinco anos e estão usando NTRc há dois anos. Estavam sem filhos.

Casal XIII – Simone e Armory. Ela tinha 44 anos, era assistente administrativa. Armory tinha 32 anos, era gerente administrativo. Simone tinha um filho de 25 anos de um primeiro casamento. Armory não tinha filhos. Ela havia feito laqueadura e tentou reversão em Florianópolis, mas não engravidava; o marido não apresentava nenhum problema. Ambos trataram-se em Blumenau e Florianópolis, e Simone fez os últimos tratamentos em Porto Alegre. Trataram durante seis anos, fizeram uma inseminação sem sucesso em Florianópolis/SC e uma fertilização *in vitro*, em Porto Alegre, da qual nasceu uma menina. Ela tem óvulos congelados e não sabe o que irá fazer com eles.

Casal XIV – Séfora e José . Ela tinha 35 anos, era comerciária. José tinha 40 anos, era comerciante, não têm filhos. Ela se trata há anos em Florianópolis. Ela não tem nenhum problema aparente, ele tem varicocele, segundo ela. Ele nos disse que não tinha nada durante a entrevista. Ela fez duas inseminações artificiais. Para ela esse tratamento é extremamente caro, alega que não tem as mesmas condições das pessoas que ela conhece e que passaram por isso. No momento não está fazendo nada e não sabe se vai voltar a fazer.

Casal XV – Munique e Chico. Ela tinha 34 anos, era bancária. Ele tinha 35 anos, era dentista. Ele apresentava azoospermia e fez tratamento. Ela tinha ovários policísticos. Fizeram uma inseminação artificial em Florianópolis e uma ICSI em Porto Alegre, da qual nasceram trigêmeos, dois meninos e uma menina, de seis embriões transferidos. Permaneceram quatro anos em tratamento, antes de tentar as NTRc. Ela também relata ter recebido muito apoio em orações de um centro espírita de Florianópolis. Este foi o único casal que se deparou com a necessidade de decidir sobre a redução embrionária quando nidaram três embriões. Eles mantiveram os três, mesmo representando acentuado risco de vida para a mãe e para as crianças.

Casal XVI – Salete e Luiz Ela tinha 27 anos, era auxiliar de administração. Ele tinha 33 anos, era funcionário público estadual. Ela apresentava endometriose e ele varicocele. Eles fizeram tratamento em Curitiba e em Florianópolis. Fizeram uma inseminação e Salete

engravidou depois de uma fertilização *in vitro* em Florianópolis; eles têm um menino. Trataram-se durante quatro anos.

Casal XVII – Anita e Ezequiel. Ela tinha 39 anos, era psicóloga e professora. Ele tinha 34 anos, microempresário. Anita apresentava ovários policísticos e endometriose. Tratou-se durante sete anos em Florianópolis, onde fez nove inseminações artificiais. Depois foi para Porto Alegre, fez uma ICSI e engravidou de um menino. Na verdade foram feitas FIV e ICSI no mesmo ciclo. Hoje considera um absurdo ter feito nove inseminações e pretende fazer mais uma FIV/ICSI para tentar outro filho.

Casal XVIII - Tânia e Dito. Ela tinha 39 anos, era professora. Dito tinha 40 anos, era auditor fiscal. Tânia tinha endometriose e aderência tubária. Dito tinha dois filhos adotivos do primeiro casamento. Ela se submeteu a duas fertilizações *in vitro*, em Porto Alegre, mas sem sucesso; havia perdido um bebê após longo tratamento para endometriose, feito em Campinas/SP. Estiveram em tratamento durante dois anos. Não têm filhos e Tânia, que tem embriões congelados em Porto Alegre, pretende retomar o processo quando estiver “menos estressada”, nas palavras dela.

Casal XIX - Sônia e Mario. Ela tinha 33 anos, era professora. Ele tinha 34 anos, bancário. Tinham uma filha adotiva, que foi deixada na porta de sua casa. Mario tinha varicocele. Fizeram duas inseminações artificiais e uma fertilização *in vitro* em Florianópolis e Sônia engravidou, tiveram duas meninas gêmeas. Sônia havia perdido um feto aos 3 meses, de uma gravidez normal. Depois passou por cirurgias. Trataram-se em Blumenau, Curitiba e Florianópolis. Trataram-se durante quatro anos e Sônia ainda pensa em ter filhos, embora Mario diga claramente na entrevista que não pode ter uma estrutura maior para tantas crianças.

Casal XX - Tamar e Tomás. Ela tinha 34 anos, era professora. Ele tinha 40 anos, era funcionário público. Tamar tinha endometriose e aderências tubárias. Tomás tinha baixa mobilidade espermática, imaturidade morfológica dos espermatozoides. Fizeram duas inseminações e três ICSI em Florianópolis. Tamar engravidou na terceira ICSI e tem um menino. Ela esteve uma vez em São Paulo para tentar FIV através da coleta de óvulos sem estimulação ovariana, uma das técnicas possíveis, mas o médico não recomendou para o seu caso, visto que ela

tinha obstruções tubárias e outros fatores impeditivos da ovulação. Estavam se tratando há cinco anos e ela não quer mais filhos.

3. Perfil dos Casais

N.º do	Nome	Idade no	Escol.	Ocupação	Causa da	Situação no	N. de	Onde
--------	------	----------	--------	----------	----------	-------------	-------	------

casal		momento da entrev.			infertilidade	momento da entrevista	Filhos	tratou?
I	1.Rosa	33	II Grau	Do Lar	Laqueadura	Grávida após 7 FIV	3 filhos no 1º casamento	FL. FR.
	2.Ângelo	27	II Grau	Autônomo	SCA		Sem Filhos	
II	3..Mirna	38	Superior	Funcionária Pública	Endometriose Obstrução Tubária	Gravidez normal após tratamento	Sem filhos	FL. BL. CR.. SP.
	4.Gilson	38	Superior	Funcionário Público	Baixa mobilidade espermática	Inseminações (3X). ICSI (2X).		
III	5. Jadi	35	II Grau	Do Lar	SCA	Gravidez normal. Inseminação (3X). FIV (1X)	1 adotado	CR. FL.
	6. Beto	36	II Grau	Comerciante				
IV	7.Janete	33	II Grau	Vendedora	Problemas Hormonais, endometriose, obstrução tubária	Inseminação (1X). FIV (1X).	1 filho de inseminação	FL.
	8. Geraldo	37	II Grau	Autônomo	Baixa Mobilidade Espermática			
V	9. Gilda	37	II Grau	Micro empresária	Endometriose Ovário Policístico	FIV (4X)	3 filhos 1 de FIV, 2 normais depois.	CR. POA. SP.
	10.Ray	44	Superior	Revendedor	Varicocele			
VI	11. Monica	29	Superior	Professora	Ovário Policístico. Trompas aderentes	FIV (3X)	Trigêmeos	SP.
	12. Andrei	37	Superior	Adm. de Empresas	Desejo de filhos homens			
VII *	13.Francine	43	Superior	Do lar	Endometriose	ICSI (2X)	1 filha de ICSI	SP.
	14.Gentil	44	Superior	Empresário	SCA			
VIII	15. Tereza	34	II Grau	Comerciante, professora municipal	Ovário policístico, obstrução tubária, endometriose	1 inseminação na trompa. ICSI (1)	Ambos sem Filhos	FL.
	16. César	35	Superior Incompl.	Eletricitário				
IX	17. Janete	42	Superior	Analista de Sistema	Endometriose, ovulação baixa.	ICSI (3X). Inseminação (3X)	1 filha de	SP. CR.

	18. Raul	44	Superior	Automador Comercial	Baixa mobilidade espermática.		ICSI	
X*	19. Luiza	36	Superior	Oficial de Justiça		ICSI (2X)).	1 filho de ICSI	FL.
	20. Luiz	67	Superior	Aposentado	Vasectomia		Ele 7 filhos do 1º casamento	
XI	21. Monica	37	Superior	Professora Estadual	Obstrução Tubária, endometriose e salpingite.	ICSI (3X)	Ambos sem filhos, adotaram durante a tese	RP/SP
	22. Nando	39	Superior	Micro empresário	Azoospermia			
XII	23. Tereza	40	Superior	Advogada	SCA	Inseminações (2X). FIV (3X).	Sem Filhos	FL. CR. POA.
	24. Kauli	42	Superior	Economiário		ICSI (2X)	1 filho do 1º casamento	
XIII	25. Simone	44	II Grau	Assistente Adm.	Laqueadura	Inseminação (1X). FIV(1X)	Ela 1 filho do 1º casamento.	BL. POA.
	26. Armory	32	Superior	Gerente administrativo			Ambos 1 de FIV	
XIV	27. Séfora	35	Superior	Comerciarista	SCA	Inseminação (2X)	Ambos sem Filhos	FL.
	28. José	40	Superior	Comerciante	Varicocele			
XV*	29. Munique	34	Superior	Bancária	Ovários policísticos	Inseminação (1X) ICSI (1X)	Trigêmeos de ICSI	FL. POA.
	30. Chico	35	Superior	Dentista	Azoospermia			
XVI	31. Salete	27	Superior	Auxiliar de adm.	Endometriose	FIV (1X)	1 filho de FIV	CR. FL.
	32. Luiz	33	Superior	Funcionário Público Estadual	Varicocele			
	33. Anita	39	Superior	Professora Psicóloga	Ovários Císticos, endometriose.	Inseminação (9X). ICSI (1X)	1 filho de ICSI	POA. FL.

XVII*	34. Ezequiel	34	Superior	Micro empresário				
XVIII	35. Tania	39	Superior	Professora	Endometriose, aderência Tubária	FIV (2X)	Sem Filhos	POA FL.
	36. Dito	40	Superior	Auditor			Ele tinha 2 adotivos do 1º casamento	
XIX*	37. Sonia	33	Superior	Professora	SCA	Inseminação (2X). FIV (1X)	1 filha adotiva	CR. BL. FL.
	38. Mario	34	Superior	Bancário	Varicocele		Gêmeos de FIV	
XX	39. Tamar	34	Superior	Professora	Endometriose, aderências tubárias.	Inseminação (2X) ICSI (3 X)	Sem filhos	FL
	40. Tomás	40	II Grau	Funcionário Público	Baixa mobilidade espermática, imaturidade morfológica		Grávida durante o processo da tese.	

SCA - infertilidade sem causa aparente

FIV – fertilização in vitro

ICSI – Injeção intra – citoplasmática de espermatozóide

. Os números ímpares correspondem as entrevistas com mulheres e os números pares com os homens

. Todos os sintomas são relatos dos entrevistados, não foram consultados diagnósticos

* Este sinal significa que a entrevista foi feita com ambos os pares do casal ao mesmo tempo.

4. História das clínicas e dos Médicos

Quanto às clínicas onde estivemos, dois dos serviços estão dentro dos centros hospitalares/universitários, os demais são particulares e se utilizam dos hospitais particulares e da rede pública de saúde quando precisam dos exames laboratoriais ou de eventuais internações.

Obstétricas, ginecologistas, biólogos em alguns casos urologistas, são os grupos mais representativos dos especialistas ativamente envolvidos nos programas de tratamento, a maioria em grau incipiente nas pesquisas, embora alguns se destaquem de longa data. Nós entrevistamos profissionais de seis clínicas, suas atividades começaram em tempos bem díspares, desde aquelas, onde encontramos profissionais que já têm um investimento longo em pesquisa e cujo primeiro bebê da clínica, por FIV, nasceu no início da década de 90, precisamente em 1992, como é o caso da FUEFE/PA, e aqueles serviços como o Fertilitat/PUC/PA, que se denomina pioneiro nos resultados de FIV, fundado em 1991, embora o primeiro bebê de proveta de sua equipe tenha nascido em fevereiro de 1989 no laboratório do Hospital São Lucas/PUC/RS. É filiado à Rede Latino Americana de Reprodução Assistida desde 1993, e acreditado pela mesma organização em 1997. O Gerar também figura entre os mais antigos; foi fundado no Hospital Moinhos de Ventos, em 1993 e também está filiado à Rede Latino Americana de Reprodução Assistida. Em SC, as atividades em FIV são recentes, embora um dos médicos já praticasse inseminação artificial em sua clínica há anos. As demais clínicas eram muito recentes, tinham de um a dois anos. Estas fazem grande esforço para conquistar credibilidade e ganhos “físico-estruturais”, no sentido de investimentos técnicos e laboratoriais. Quanto aos médicos:

1. Dr. Egídio trabalhava com NTRc há dois anos em SC, na clínica Procriar. Casado, formação em ginecologia e obstetrícia, é especialista em reprodução humana. A clínica de reprodução assistida onde trabalhava tinha mais ou menos 2 anos e situava-se em Blumenau. Fez sua formação em contato com clínicas no Brasil.
2. Dr. Prado trabalhava com ginecologia há dez anos em Porto Alegre, na clínica Progest, com reprodução assistida há dois anos, tempo de existência da clínica. Casado, formação em ginecologia e obstetrícia, estudou em Porto Alegre, fez estágio na FUEFE/POA.
3. Dr. Elton trabalhava em ginecologia há dez anos, com NTRc há dois anos, na clínica Procriar, em Blumenau. Casado, formação em ginecologia/obstetrícia e reprodução humana, também trabalhava com laparoscopia e esterioscopia. Estudou em São Paulo.
4. Dr. Antony trabalhava em ginecologia há dez anos. Casado, formação em ginecologia, obstetrícia, ultra-sonografia e medicina fetal pela Faculdade de Medicina da PUC/RS.

Estudou no Serviço de Medicina Fetal do King's College Hospital, Londres, e noutras clínicas em São Paulo.

5. Dra. Rosita trabalhava com NTRC há dez anos. Casada, formação em ginecologia, embriologia e reprodução humana, estudou na Itália, na Università della Sapienza di Roma e na Università Degli Studi di Bologna. É professora da PUC/RS.

6. Bioquímica Sandra, trabalhava com NTRc há nove anos. Solteira, formação em microscopia ótica/bioquímica de análises clínicas e reprodução humana pela UFRGS, estudou posteriormente na Argentina no Instituto Fecunditas, fez estágio em reprodução humana com Dr. Roger Abdelmassif, em São Paulo, e curso de diagnóstico implantacional na clínica Fertility, em São Paulo.

7. Dr. Salvador trabalhava com ginecologia desde 1976. Formado em medicina pela UFRGS, desenvolveu trabalhos pioneiros em medicina fetal, dos quais, segundo *site* da clínica¹¹, se destacam o tratamento das pacientes isoimunizadas, com transfusão intravascular, pioneiro no Brasil. Foi o primeiro a detectar a ovulação pela ultra-sonografia em Porto Alegre, o que colaborou para o desenvolvimento das técnicas de reprodução assistida nesta cidade. Casado, formação em ginecologia/obstetrícia e reprodução humana.

8. Dra. Amanda trabalhava com ginecologia há 20 anos e com NTRC há dez anos, com FIV/ICSI há três anos em Florianópolis. Antes só fazia inseminação. Estudou em São Paulo com Dr. Nakamura, casada, formação em ginecologia/obstetrícia e reprodução humana.

9. Dra Rita trabalhava com NTRc há nove anos no Centro Gerar/PA, estudou medicina na UFRGS, fez residência em ginecologia e obstetrícia no hospital das Clínicas de Ribeirão Preto/SP. Doutorou-se em medicina pela Ludwig Maximilian de Munique, na Alemanha

10. Dr. José trabalhava com medicina fetal na Materno Fetal/FL há dez anos. Casado, formação em ginecologia/obstetrícia e medicina fetal. Foi entrevistado porque, além de ele mesmo ter vivido esse processo, tornou-se personagem fundamental em relação ao problema de redução embrionária. Estudou no Brasil.

11. Dr. Santos trabalhava há dez anos com ginecologia/obstetrícia, e com reprodução humana/infertilidade há dois anos, na Clínica Procriar, que tem 2 anos de existência. Estudou no Brasil e no exterior (SI).

12. Dr. Josué trabalhava com NTRC no Centro Fertilitat há oito anos. Casado, formação em ginecologia/ecografia e infertilidade. Estudou no Brasil. Faz mestrado em clínica médica da PUC/RS e trabalha no serviço de ginecologia do HSL/PUC/RS.

¹¹ Disponível em: <<http://www.gerar.com.br/ne/cont.html>>. Acesso em: maio 2001.

13. Dr. Afonso trabalhava com NTRc há 16 anos. Casado, formação em ginecologia/obstetrícia e endocrinologia da reprodução, estudou em Portugal. É professor da PUC/Rs e do Fellow no Instituto Universitari Descens, Barcelona e na Universidad Complutense de Madrid, Espanha.

14. Dr. Petrus trabalhava em ginecologia desde 1984, mas com NTRc há dois anos, na clínica Procriar, que tem 2 anos. Casado, formação em ginecologia, obstetrícia e reprodução humana. É professor no curso de medicina da UFSC.

15. Marina, trabalhava com NTRc há três anos. Solteira, bióloga, especialidade em genética médica e reprodução humana, estudou em São Paulo, fez seu aprendizado com Dr. Roger Abdelmassif, em São Paulo. A clínica de reprodução em que trabalha tem 2 anos.

16. Dr. Alcides trabalhava com reprodução humana há 32 anos. O primeiro bebê de FIV desse centro é de 1992. Sua formação é em ginecologia/ endocrinologia e reprodução humana, foi um dos pesquisadores do Sul a introduzir as medicações anticonceptivas e grande parte dos médicos que trabalham com NTRc foram formados no centro sob sua direção. Trabalhava com NTRc desde 1984, quando oficializou um convênio entre a FUEFE e o reitor da UFRGS para estágios de estudantes de medicina na prática da medicina reprodutiva, na Fundação de Endocrinologia e Fertilidade. Desde 1983, a Fundação iniciou os cursos de extensão em reprodução humana, com duração de seis meses. A partir de 1987, esses cursos foram substituídos por cursos de especialização em reprodução humana, reconhecidos pela UFRGS.¹² Dr. Alcides é o criador do método original para o diagnóstico da ovulação pelas variações de cor do muco cervical hiperaquecido, conhecido como teste Ferrari, em 1972. Também foi ele que introduziu no Brasil o citrato de clomifene (clomide-serofene) em 1970, hoje utilizado em grande escala na reprodução assistida.

Eles se autodenominam a “ mais antiga entidade no Brasil dedicada à Medicina Reprodutiva (em todos os seus aspectos, abrangendo ensino, assistência e pesquisa)” FUEFE, (1992, p. 7).

Ele formou-se pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre em 1950, em 1953 foi estudar na França durante um ano, depois um ano em Londres, e de 1971 a 1972 estudou nos EUA. Representou o Brasil junto à OMS em Genebra desde 1978 até 1982.

5. Perfil dos Médicos

Nome	Local de trabalho	Tempo em que	Formação	Especialidade	Onde estudou	Estado civil	Filhos
------	-------------------	--------------	----------	---------------	--------------	--------------	--------

¹² Segundo o Jornal da Fundação Universitária de Endocrinologia e Fertilidade (FUEFE), editado na ocasião do simpósio comemorativo dos 25 anos de atividades da Fundação.

		trabalha com NTRc					
1. Dr. Egídio	Procriar BL/SC	2 anos	Ginecologia e Obstetrícia	Reprodução Humana		Casado	Sim
2.Dr.Prado	Progest POA	2 anos	Ginecologia e obstetrícia	Reprodução Humana	UFRGS/POA	Casado	Sim 2
3.Dr. Elton	Procriar BL/JL. SC	2 anos	Ginecologia e obstétrica	Laparoscopia e Estereoscopia	SP	Casado	?
4.Dr. Antony	Gerar POA	9 anos	Ginecologia e obstétrica	Ultra-sonografia e Medicina Fetal	PUC/RS Londres	Casado	Sim 2
5. Dra Rosita	Fertilitat POA	10 anos	Ginecologia e embriologia	Reprodução Humana	Itália	Casada	Sim 1
6. Dra. Sandra	Gerar POA	11 anos	Microscopia ótica/bioquímica de análises clínicas	Hematologia Reprodução	UFRGS/SP Buenos Aires	Solteira	Sim 1
7.Dr. Salvador	Gerar POA	9 anos	Ginecologia e obstetrícia	Reprodução Humana	SP POA	Casado	Sim 3
8. Dra . Amanda	Clinifert FL	10 anos	Ginecologia e obstetrícia	Reprodução Humana	SP	Casada	Sim -
9.Dra Rita	Gerar POA	9 anos	Ginecologia	Reprodução Humana	UFRGS Munique/ Alemanha	Casada	Sim 3
10. Dr. José	Materno Fetal FL	2 anos	Ginecologia e obstetrícia	Medicina fetal		Casado	Sim 2
11. Dr.Santos	Procriar BL	2 anos	Ginecologia e obstétrica	Reprodução Humana e Infertilidade	PR Exterior	Casado	Sim 2
12.Dr. Josué	Fertilitat POA	8 anos	Ginecologista ecografista	Infertilidade	POA	Casado	Sim
13.Dr. Afonso	Fertilitat POA	16 anos	Ginecologia, Obstetrícia	Endocrinologia da reprodução	Portugal	Casado	2
14. Dr. Petrus	Procriar FL/BL	2 anos	Ginecologia e obstetrícia	Reprodução Humana		Casado	Sim 2
15.Dra Marina	Clinifert FL	3 anos	Bióloga	Genética Médica e Reprodução Humana	SP	Solt.	Não
16.Dr. Alcides	FUEFE POA	17 anos	Ginecologia e endocrinologia	Reprodução Humana	UFRS Paris Londres EUA	Casado	Sim 2

CAPÍTULO II

Ética/bioética e feminismo no contexto das NTRc.

Este capítulo dialoga com as questões ligadas à ética/bioética contemporânea, a partir das preocupações que acompanharam nosso estudo. Tomam-se em conta os aspectos refletidos no âmbito legal, no debate ético/bioético feminista, e no diálogo com a biomedicina que se dá, especialmente a partir do Conselho Federal de Medicina e com alguns aspectos da jurisprudência legislativa. Dialoga com a problemática dos riscos a partir de uma abordagem sociológica com o fim de iluminar as principais questões teórico-práticas, no que se refere à experiência dos médicos e casais com NTRc. Toma em conta a lógica mercadológica do consumo e da transferência biotecnológica, com suas implicações nas decisões sobre a vida, no que tange à segurança ontológica dos seres, bem como à ética prática e à deontologia médica relativa à necessidade de respostas às questões cotidianas.

1. Ética/ bioética na contemporaneidade.

O debate ético/bioético sobre as tecnologias reprodutivas tem mudado ao longo do tempo, principalmente em relação às situações consideradas mais importantes, como as questões relativas à reprodução humana. São as que dizem respeito ao consentimento informado; à seleção de sexo; à doação de espermatozóides e óvulos, pré-embriões e embriões; à seleção de embriões com base na evidência de doenças ou problemas associados; à maternidade substitutiva; à redução embrionária; à clonagem; à pesquisa e criopreservação (congelamento de embriões).

O aborto, independentemente da questão legal, traz uma situação de conflito entre a autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça da mãe, do feto e do médico. Também estão presentes questões como os direitos reprodutivos dos casais homossexuais, (GOLDIM, 2002)¹, nas exigências relativas às políticas de saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos. Trata-se portanto, de problemas teórico-práticos, conforme definidos por Pharo (2001). Problemas que ora exigem respostas emergenciais sobre a melhor maneira de agir de acordo com as convicções morais e religiosas dos envolvidos. E ora, exigem posições coletivas e reflexões filosóficas, no que concerne à formulação do bem e do mal, da lei moral ou jurídica.

¹ Disponível em: <www.urgs.br/HCPA/gppg/disbio2htm>. Acesso em: 12 nov. 2002.

Na França, segundo estudos de Mehl (1998), a partir de artigos divulgados na imprensa, os conteúdos que fizeram parte dos debates em bioética foram mudando ao longo do tempo. Segundo ela, dois períodos se distinguem claramente pelas temáticas apresentadas. Um primeiro período, de 1982 ao nascimento de Amandine, em 1992, tem como temática central a relação entre ciência e costumes e por principais protagonistas o mundo científico e o mundo intelectual. Quatro temas permanecem em debate nessa fase: O primeiro diz respeito à medicalização da procriação. O segundo, ao desejo de filhos. Já o terceiro tema versa sobre os costumes, e levanta questões como: será a medicina da reprodução unicamente reservada aos casais heterossexuais ? O dom de gametas é moral ? Devemos usar a barriga de aluguel ? Que tipo de filiação queremos, a filiação biológica? Finalmente, o quarto tema diz respeito às relações entre a vida privada e a vida pública. O tom deste período é favorável às novidades anunciadas pelos progressos científicos.

O segundo período, que focaliza o embrião e o eugenismo e registra o crescimento da elite político-administrativa, desenvolve-se de 1992 a 1995. A primeira temática que dá lugar no Parlamento é o embrião, e as questões que marcam as constelações e posicionamentos políticos a esse respeito, tais como: onde começa a vida? O que fazer com os embriões supranumerários ? Pode-se fazer pesquisa com embriões não implantados? Há também uma segunda temática, a que diz respeito ao eugenismo e levanta os seguintes questionamentos: pode-se realizar diagnósticos genéticos sobre os embriões antes da implantação? Pode-se eliminar fetos portadores de problemas genéticos?

A tonalidade dos discursos desse período é menos favorável aos avanços científicos e resulta na lei de bioética de 1994, que foi revisada em 1999.

A bioética que como ciência da vida (BERLINGUER, 1993), acompanha as diferentes temáticas referentes ao desenvolvimento das questões ligadas à vida – torna-se também um processo presente nas principais questões que vão surgindo e se modificando no caminho das sociedades humanas. Por isso é, ao mesmo tempo, uma disciplina e um campo de lutas, que aglutina diferentes movimentos sociais e personalidades democráticas (MOTA; OLIVEIRA, 2000). Nesse sentido, abraça as posturas mais diversas, desde aquelas que exaltam os avanços científicos, como aquelas que os rechaçam. Segundo Oliveira (2001)², a bioética, antes de ser uma disciplina, estabeleceu-se como movimento social. A disciplina é uma decorrência do movimento pela ética na assistência e na pesquisa em saúde. Portanto,

²Disponível em: <<http://www.widesoft.com.br/cgi-bin/majordomo/subscribe/bioetica.htm>>. Acesso em: 24 ago.2001.

segundo ela, ambos têm objetivos comuns: a busca do bom e do melhor para o ser humano e a humanidade em determinado contexto social.

No mesmo e-mail³ enviado como resposta a uma das pessoas da lista de bioética, que perguntava: “As ciências da vida (não) estão destinadas a transformar as condições da existência”? Oliveira (2001, p. 3) diz: “O que é preciso considerar na bioética é a história das deturpações dos saberes biológicos em relação aos seres humanos e todas as ‘visões biologizantes’, e o fatalismo genético (só há fatalismo genético para a espécie...) isto é, de supremacia da biologia em todas as circunstâncias”.

Segue dizendo:

Na história da humanidade constam fatos exemplares dos danos causados pelas discriminações classistas, sexistas e racistas, grande parte deles alicerçados em visões biologizantes de hierarquização dos grupos populacionais raciais ou étnicos. Não há dúvida também que tais visões, via de regra, constituem grosseiras deturpações dos saberes biológicos,(p.3).

Ao mesmo tempo, o termo bioética, que significa literalmente ética da vida, abarca as questões da vida cotidiana, da deontologia, da legislação e da filosofia (BERLINGUER, 1993; BATEMAN, 1998). Insere-se no quadro das possibilidades abertas pela genética, nas quais o homem pode fazer-se a si mesmo (LENOIR, 2001).

Nesse quadro, de uma parte, sabemos que o ser humano poderia usufruir dos imensos benefícios trazidos pela biogenética e, de outra, ele se vê meio humano, meio animal, meio técnica. Ao mesmo tempo faz a natureza, na medida em que introduz gens humanos em outras espécies. Essa troca entre espécies, como processo de construção/desconstrução e reconstrução inerente ao campo científico, pode trazer à tona muitos aspectos sobre a vida, antes nunca vistos (LENOIR, 2001).

Hoje, órgãos e tecidos, gens e seqüências de gens, células-tronco, proteínas são os objetos privilegiados das pesquisas. Na procriação humana assistida, por exemplo, não estão demarcadas as fronteiras entre diagnóstico genético pré-natal e controle da qualidade total, a triagem genética de embriões e a bioengenheirização de genes, nem quais são os critérios para julgar a má formação genética de um ser humano (OLIVEIRA, 2001).

O embrião humano tornou-se, ele próprio, uma fonte de pesquisa, porque pode ser mantido fora da mãe e aparece como um recurso possível para esse progresso. As pesquisas sobre os embriões humanos não são unicamente olhadas como um meio para melhorar as questões que dizem respeito à vida humana, à contracepção ou à reprodução

(como a busca da cura para o câncer, o mal de Alzheimer, de Parkinson, a diabetes, entre outras). O embrião humano se transforma, ele próprio, em objeto de pesquisa, através de suas células-tronco, que as pessoas esperam transformar um dia em órgãos e tecidos humanos. Ao mesmo tempo, as noções jurídicas de pessoa ou de pré-embrião são desenvolvidas, suscitando antigos e novos dilemas (LENOIR, 2001).

O intrigante é que enquanto se dá importância exarcebada para essas situações, esquece-se, por exemplo, da mortalidade materna, que, no Brasil, representa cerca de 110 mortes por cem mil nascidos vivos, corresponde a cerca de 6% dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos no país, e revela a omissão dos governos, federal, estaduais e municipais com a saúde e com a vida das mulheres⁴

Por causa dessas novas possibilidades, antigos medos em relação ao uso da vida humana e a suas tentativas eugenistas são considerados, enquanto se configura o desejo de equilibrar ao máximo as “formidáveis” possibilidades terapêuticas por elas oferecidas. A isso acrescenta-se o fato de que as mulheres que buscam essas formas paliativas da infertilidade essencializam a experiência do gestar, amamentar e dar à luz em seu próprio corpo, com uso de métodos dessa tecnologia que lhes permitam fazer um filho sem sexo. Ao mesmo tempo, respondem às cobranças sociais que lhes exigem a maternidade como forma de felicidade e completude pessoal, no seio de uma família no modelo tradicional.

Ainda que essas mulheres estejam inseridas neste contexto geral e amplo das biotecnologias, nem elas nem seus companheiros se perguntam por que deveriam usar uma tecnologia que põe em questão a relação do ser humano com a natureza, podendo modificá-la totalmente, e que nasceu da transposição de práticas veterinárias para o domínio da reprodução.

O debate ético/bioético, entre os casos mencionados, pode dar-se ao redor da manipulação da vida, seja para interrompê-la, seja para recriá-la; ou ainda, pode discutir a forma como essas técnicas são desenvolvidas e os seus impactos sobre a saúde e sobre os desejos do outro.

Segundo Bateman (1999), as tecnologias como assistência médica à procriação e sua entrada na intimidade sexual do casal, percorreram um caminho longo desde as primeiras experiências em biologia, no século XVIII, sua passagem discreta para a prática médica no século XIX e sua condenação pelo Vaticano em 1897. Esses fatos acabaram por favorecer na

³ Lista de bioética bioetica@widesoft.com.br. Acesso em: 24 ago. 2001.

⁴ Dossiê mortalidade materna da Rede Nacional de Saúde e Direitos Reprodutivos – Brasil, 28 de maio de 2000.

medicina, a construção da idéia de que se tratavam de práticas terapêuticas, nublando, desse modo, as objeções morais. Os progressos na criopreservação dos espermatozoides permitiram segundo a autora, uma separação no tempo e no espaço entre o doador e a receptora e, igualmente, as condições do anonimato, para evitar o escândalo moral de uma mulher casada ser inseminada com o esperma de outro homem.

Desse modo, a medicina foi gradativamente estabelecendo um quadro normativo para as práticas e os meios institucionais, do qual o CECOS/FR. (Centro de Estudo e Conservação de Óvulos e Espermatozoides), é um bom exemplo.

Os primeiros laboratórios que estudaram os fatores da esterilidade masculina apareceram no início dos anos 70, e proliferaram rapidamente após a criação do CECOS. O mérito do CECOS, segundo Jouannet (2001), foi ter definido os princípios e os critérios que fundam sua prática; ter buscado a transparência de seus atos, publicando os resultados e não se recusado, jamais, a debater sobre suas escolhas. Enfim, levou a público um sistema de auto-regulação, criando uma federação nacional onde se confrontam as experiências, as idéias e as interrogações e onde se constrói uma política comum a uma época da qual não havia nenhuma referência legislativa ou regulamentar.

Segundo Bateman (1994), o CECOS, como primeira forma institucionalizada de uma gestão prática da fecundação, oferece a ocasião de compreender, por meio do estudo de sua história e de seu modo de organização e funcionamento, como as práticas dos médicos “passadores” de gametas criaram as condições de sua aceitação social. Para ela, os envolvimento sociais e morais de um novo campo de práticas, podem ser buscados não somente dentro do discurso e dos debates, mas também, e acima de tudo, dentro dos dilemas do trabalho técnico.

Para nós contam ainda outras razões para se pensar na necessidade de um banco de sêmen- são aspectos ligados ao laboratório, capaz de habilitar o serviço para a realização de provas diagnósticas, como análise seminal, segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde e morfologia estrita de Kruger (critérios mais aceitos e citados na literatura); técnicas de preparo seminal para os testes prognósticos e para as inseminações terapêuticas; avaliação imunológica seminal (presente em 5% a 10% dos casos de esterilidade, cujo diagnóstico pode mudar radicalmente a conduta e as técnicas de congelamento de sêmen. Esses aspectos são citados por Borges (2002), ao propor critérios normativos de um serviço de reprodução humana⁵.

⁵ Disponível em: Jornal da Associação Brasileira de Reprodução Assistida. <http://www.sbra.com.br/sb_4.htm>. Acesso em: mar. 2002 (publicada no D. O.U. de 19/11/1992, pág. 16. 053, seção I).

Quanto ao pagamento por esse material, é preciso dizer que, no Brasil, a norma de n.1358/92 do Conselho Federal de Medicina, que trata das técnicas de reprodução assistida, define, entre outros, os seguintes pontos: 1) a doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial; 2) os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa. 3) em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardado-se a identidade civil do doador; 4) na região de localização da unidade, o registro das gestações evitará que um doador tenha produzido mais que duas gestações, de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes; 5) a escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade. Dentro do possível, deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora (CFM, 1992).

Verificando o cotidiano das clínicas, à luz da literatura internacional, vemos que nós ainda estamos longe de seguir esses passos, ou de encontrar um caminho próprio de discussão e transparência sobre essas práticas. O que os médicos nos dizem é que existem bancos de espermas, que os gametas não podem ser comercializados e que sua utilização deve atender critérios numéricos referidos ao total da população em que o espermatozóide de um doador será utilizado.

Existe assim, não pode ser comercializado, que nem sangue, não pode ser comercializado e existe assim um padrão tipo de sêmen, aqui no banco de sêmen, então os espermatozoides, o banco de espermatozoides que nós utilizamos lá do Hospital Albert Einstein, em São Paulo, é catalogado, é examinado várias vezes, então dentro das doenças como AIDS, etc., se conhece, faz parte, talvez possa ter uma doença que não se sabe ainda que existe. Então esse esperma ele vêm para cá, ele pode vir para cá, dependendo da quantidade de população que tem, aquele doador que doou lá é anônimo, pode doar para Porto Alegre, através do banco, X vezes, dependendo da população, então, é por ai (entrevista 4, Dr. Antony).

Também nos falam das resistências locais e regionais para encontrar doadores de espermatozoides.

Hoje nós estamos criando o banco de sêmen em Blumenau, estamos tendo dificuldade com os doadores. Teríamos de conseguir os doadores. Já temos toda a estrutura montada, só não temos os doadores. Então por enquanto nós vamos buscar fora (entrevista 1, Dr. Egídio).

Parte disso, conforme observamos entre os entrevistados homens, se deve ao medo sobre uma reivindicação de paternidade futura. Por outro lado, a inexistência do banco de sêmen é considerada inaceitável à prática da reprodução assistida, revelando aspectos conflitivos e competitivos nessa relação. É impossível para alguns médicos trabalhar sem

um banco de sêmen, porque a decisão sobre o uso de sêmen pode ter que ser tomada na hora do procedimento, conforme nos diz o depoimento abaixo.

Ai é que o banco, a gente faz um plano, se não funcionar você aceita uma doação. Aceito. Entende. Aquilo é uma decisão que se toma na hora. Então, esse é o tipo da coisa de credibilizar o 100% para o seu paciente. Alguns dizem banco de sêmen para inseminação artificial, eu mando vir de São Paulo. Eu pago tanto. É o paciente que paga. Não é este o problema. Este é o problema comercial (entrevista 16, Dr. Alcides).

Na realidade eu tenho a impressão de que não existe transmissão de banco de sêmen de São Paulo pra cá. Mas, mesmo que esteja me dando prejuízo, o que eu acho que está. Eu acho inconcebível uma entidade não ter seu banco de sêmen. Especialmente por causa desta opção na hora.

Marlene: o sr partilha ?

Não, ninguém vem buscar aqui. Ai é'o problema local, todo mundo diz assim: "essas coisa tem que vir de São Paulo, não sei o que". No momento em que mandam comprar aqui fica clara a evidência deste serviço.

Marlene: é vendido doutor ?

O do Einstein é.

Marlene: o Sr. Sabe o valor?

Em torno de 300 a 320 reais a dose.

Mas voltando às questões apontadas por Bateman (1999), há que se considerar que a instrumentalização do ato de fecundar, combinada às possibilidades de criopreservação e de diagnóstico genético, abriram opções reprodutivas. Seguindo a maneira como cada técnica evoluiu, pode-se ter uma idéia sobre o futuro da *procriação medicalmente assistida*, como é chamada na França.

Na primeira etapa, uma técnica do corpo é substituída por técnicas instrumentais. Na inseminação artificial, ou FIV, são os gametas do casal que servem à fecundação, e isso é feito pelo médico. É um ato técnico-instrumental que se justifica pela vontade de contornar os obstáculos fisiológicos. Na segunda etapa, os atos técnico-instrumentais praticados pelo médico fazem interferir uma contribuição genética ou fisiológica de uma pessoa exterior ao casal (inseminação com doador), dom de esperma, ou de embrião. Essa contribuição, que se justifica pela vontade de suprir a infertilidade, aparentemente incurável no estado atual dos conhecimentos médicos. Porém se contrapõe às normas jurídicas e sociais de filiação. Essa prática ganha sentido na medida em que dá a esse tipo de transação o estatuto de ato médico e não de conduta sexual ilícita. Na terceira etapa, a técnica instrumental transforma-se em alternativa socialmente aceitável, um meio legítimo de conceber fora de toda justificção de

ordem médica. A evolução, nessa terceira etapa, se apresenta à primeira vista como ruptura (afinal, pais celibatários e homossexuais, mães de aluguel, inseminação pós-morte poderiam encontrar seu lugar). Para alguns, isso representa possibilidade de escolhas. Para outros, a perda dos referenciais fundantes da vida em sociedade.

O que importa, segundo a autora, é ter presente que em cada escolha técnica, seja na ultrapassagem dos ditames morais, seja na construção do ato terapêutico, estamos mexendo com o registro corporal, psíquico e social, vindo do sexual. Isso transforma o simbólico, de onde a procriação tira seu sentido e no qual as condições antropológicas são colocadas em jogo cada vez que se trata de fazer uma escolha entre muitas possibilidades técnicas. As tentativas de evitar problemas de saúde, de ordem social e familiar ou de ordem moral, podem resultar também noutros problemas.

Para Batemam (1999), as interrogações morais sobre essas práticas provêm principalmente do fato de que, independentemente de visarem a uma conduta terapêutica, na assistência à procriação, elas se constituem em uma atividade procriativa que independe das relações sexuais. Dentro de nossa sociedade, o modelo de referência em matéria de conduta procriativa é a relação sexual entre um homem e uma mulher, modelo que, independentemente do valor social anexado a uma procriação voluntária, reenvia ao que parece ser a ordem natural das coisas.

Segundo a autora, desde que a relação técnica com a procriação se torna instrumental, a situação dos procriadores muda. No plano corporal, há uma fragmentação e uma extensão, no tempo e no espaço, da experiência procriativa e, em alguns casos, da exteriorização do processo de fecundação e gestação. No plano relacional, os protagonistas implicados na concepção assistida são mais numerosos e diversamente qualificados; os meios técnicos e os materiais biológicos necessários à procriação não são somente controlados pelo casal. No plano institucional, a fecundação não se revela mais um ato íntimo do casal, mas um ato médico. No plano decisional, não é um ato do acaso, exige um posicionamento de escolha. O interesse ético se coloca então dentro de um quadro que se constitui em um agir moral.

Para os médicos, um certo número de questões éticas relativas à procriação, segundo Batemam (1999), levam especificamente às obrigações deontológicas, concernentes às exigências de controlar para o bem, eliminando os riscos a que se submetem suas pacientes. Concernem também às condições dentro das quais estas práticas se desenvolvem e à obrigação de propor uma resposta terapêutica apropriada, além da informação clara sobre cuidados que lhe serão dispensados. O problema é o de como podemos nos assegurar de que essa ação seja bem levada sempre e dentro do respeito às pessoas? (BATEMAM, 1998).

Mattei; Laborie; Bateman (1995) nos alertam sobre a necessidade de considerarmos a amplitude de realidades presentes no ser humano, que vão para além do que possa significar seu aspecto genético, biológico. Vide:

“[...] je vous assure que plus je progresse dans la connaissance de mécanismes de la biologie la plus intime, plus je pense que l’homme ne peut se résumer à sa biologie. Plus on avance dans la connaissance des gènes et plus je rejoins Henri Atlan: les gènes ne sont jamais que des données et nom un programme; il n’est pas vrai que l’on puisse résumer un homme à l’addition de 100.000 gènes. Plus je vais dans la connaissance biologique et palpable, plus j’accède à la dimension impalpable” (MATTEI, 1995, p. 245) ⁶

Além desse aspecto, considere-se a estrutura genética e a integridade que são heranças de direito para as futuras gerações (RENDTORFF; KEMP, 2000), sem deixar de considerar, segundo Bateman (1999), as dificuldades sobre a dimensão sexuada da fecundidade e da gestação e a parte respectivamente diferenciada que reenvia a cada sexo. O estado de infertilidade associado ao casal não é tratado mais como uma patologia física, ele cria uma unidade indiferenciada, faz com que a mulher seja assimilada como a provedora de gametas, mesmo criando um certo igualitarismo com a entrada do homem no processo reprodutivo, conforme vamos desenvolver no capítulo IV. A partilha de participação não é igualitária, a maioria dos procedimentos continuam se desenvolvendo nos corpos femininos.

Se a mulher é considerada apenas como uma portadora de gametas, uma vez que o estado da infertilidade é associado ao casal, será impossível analisar que a participação do homem e da mulher é diferente em cada etapa do processo. Eventualmente, a etapa mais complicada para o homem será a de colher seu espermatozóide via ato masturbatório, enquanto para a mulher continuará sendo, além da ingestão acentuada e gradativa de medicamentos, também os exames ecográficos, a retirada de óvulos com analgesia e punção, além da subsequente transferência, com espera pelo implante embrionário, acompanhada de exames laboratoriais intensivos nos primeiros 14 dias, a ultra-sonografia e o acompanhamento pré-natal, sempre cheios de dúvidas e inseguranças, com a marcação de cesariana tão logo se contate o “andamento normal” da gravidez, mesmo sem considerar que o parto, na maioria dos casos, poderia ser normal, se não fosse o medo de perder a criança com todo o investimento que ela significa.

Pensando na partilha entre os sexos, a quem favorecem as NTRc ? É opinião unânime, tanto na literatura feminista consultada quanto na opinião dos médicos

⁶ Jean-François Mattei, deputado e conselheiro geral de Bouches-du-Rhône, e professor de pediatria de genética médica, responsável pelo Serviço de Diagnóstico Pré-natal do Hospital de la Timone em Marseille, diretor da equipe de pesquisa genética médica e desenvolvimento do l’INSERM.

entrevistados, que a ICSI favorece as dificuldades masculinas. Ela possibilita a paternidade ao homem que tenha a quantidade mínima de espermatozóides, que tenha apenas um ou tenha células precursoras, as espermatites, evitando, nesse caso, que tenha que recorrer a um doador.

Mas e a mulher? Podemos pensar que, se comparado ao passado, há um certo igualitarismo entre a mulher e o homem, quando o homem é inserido no processo reprodutivo, o que não acontecia no passado, porque se pensava a esterilidade somente como problema feminino. Talvez o homem possa ser ainda mais incluído, na medida em que, sem a participação masculina não se pode fazer nenhum destes processos: inseminação artificial, FIV ou ICSI. Porém, essa participação poderá ser ainda somente a doação de gametas, que talvez venha a ser eliminada, na medida em que há possibilidades de, no futuro, fecundar óvulos sem espermatozóides. Segundo Telles (2001), em notícia divulgada pela *British Broadcasting Corporation (BBC)*, cientistas australianos encontraram uma maneira de fertilizar óvulos usando material genético de qualquer célula do corpo e não somente o esperma⁷.

Durante o tratamento, o homem pode ser submetido ao uso de alguma medicação, isso se forem constatados processos infecciosos ou se houver a necessidade de microcirurgia para coletar os espermatozóides, mas não é regra geral. Enquanto para a mulher, nada é dispensável.

A criação de bebês em laboratório a partir do desenvolvimento da procriação assistida levanta problemas éticos dos mais variados, se considerarmos, por exemplo, a doação de espermatozóides ou óvulos. Verificamos que esta técnica é usada se o número de espermatozóides é muito baixo e se existe um problema hereditário/genético sério, como o caso da transmissão de mucoviscidose, tal qual relatada por Jouannet (2001), desenvolvida no VI capítulo. Ou ainda o uso de espermatite possibilitado pela ICSI, o que também pode estar interferindo na integridade genética.

A recepção/ doação de material genético é um dos aspectos mais polêmicos também do ponto de vista das relações parentais envolvidas nessas escolhas, quanto aos seus efeitos sobre a paternidade e maternidade.

Dentre as controvérsias imbricadas nos métodos utilizados em reprodução assistida, uma delas diz respeito ao efeito sobre as relações maritais e de parentesco, devido à

⁷ Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/ciencia/noticias/2001/jul/10/216.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2001.

assimetria que significa a mãe como a única relacionada geneticamente (SOMMER, 1999).

Outras preocupações tratam dos efeitos psicológicos sobre a criança, tanto quando se mantém em segredo sua origem, quanto quando se informa sobre a sua concepção⁸. Ao mesmo tempo surgem velhas discussões que avançam para o campo do direito, como, por exemplo, se a paternidade está restrita ao vínculo biológico ou social.

Nas ciências humanas, é consensual o vínculo social da paternidade, mas no direito está em tramitação no congresso nacional brasileiro, projeto de lei que tornaria obrigatório para as mães que receberam embriões revelar aos filhos as identificações dos pais biológicos⁹. Questão bastante controversa, na maior parte dos países do mundo onde se aceita a doação de esperma¹⁰. Instaura-se, ainda, uma confusão evidente entre paternidade e a doação como um contrato que se realiza pela transferência de propriedade do bem por liberalidade. O que não é levado em consideração é que a doação só existe no interesse dos casais e que o doador participa como um terceiro interveniente da técnica, o qual jamais planejou uma filiação advinda deste ato. A concessão legal de investigação de paternidade está retomando, no campo do biodireito, em particular, a tentativa de estabelecimento de um vínculo natural, em detrimento do vínculo socioafetivo.

Existem inúmeras dificuldades. A primeira surge, segundo Ribeiro (2002), porque a constituição brasileira não contemplou o tema da identidade genética, e quando se trata de uma criança nascida com sêmen de um fornecedor não correlacionado (doador de sêmen), passa-se de um doador anônimo para um caso de paternidade anônima, situação que também não é tolerada pela Constituição do país. A Constituição, ao proibir o anonimato, estabeleceu um princípio: segundo o autor, ninguém pode sofrer restrição de direitos individuais, salvo nos casos previstos em lei, com processo judicial integrado por ampla defesa e contraditório, mas ninguém pode usufruir de tais direitos anonimamente, pois o

⁸ Embora, segundo Sommer, tenham surgido uma série de intentos para regular estas práticas que incluem o consentimento das receptoras e seus parceiros, o segredo da identidade dos doadores, até a limitação do número de vezes que seu esperma pode ser usado dentro de uma certa área geográfica. Sabe-se que os bancos de esperma que seguem as regras fixadas pela Sociedade Americana de Fertilidade e Associação de Bancos e Tecidos têm sido obrigados a rechaçar até 80% a 85% dos doadores em potencial (TONG, 1997, APUD SOMMER, 1999).

⁹ Jornal do Brasil, 22 de setembro de 2000.

¹⁰ Sabe-se que a doação de esperma é aceita na Alemanha, Bélgica, França, Suécia, Noruega e Dinamarca, enquanto a doação de óvulos não é aceita na Bélgica, França e Dinamarca. No Líbano, a doação de óvulos é permitida, desde que usada pelo marido da doadora, ou seja, na situação única em que o homem possui mais de uma esposa, entretanto a doação de espermatozoides não é permitida, em qualquer hipótese (Jones, 1995 apud

exercício de direitos fundamentais pode gerar obrigações fundamentais, que nada mais são do que a violação de direitos fundamentais alheios. Ninguém está proibido de procriar, mas ninguém pode, no atual sistema jurídico nacional, procriar sem assumir as obrigações da perfilhação, (a obrigação de pai para com a criança).

Embora o Conselho Federal de Medicina (CFM) preveja esta situação, segundo o autor, na Constituição Federal, não há espaço para a presença de doador anônimo de sêmen. A criança gerada com esse recurso da medicina reprodutiva, poderá investigar a paternidade e obrigar o Estado a lhe fornecer os elementos necessários, inclusive o nome do ascendente genético.

Segundo Ribeiro (2002, p.44):

Poderá, ainda, exigir indenização por danos morais e materiais do médico, do hospital, do banco de sêmen e do próprio Estado, tendo como causa para pedir a forma de sua concepção, os danos psicológicos sofridos pela discriminação de ter sido criada sem pai, por não ter tido uma vida social compatível com a verdade genética, por não ter convívio familiar com os seus iguais e os danos materiais pelas conseqüências dessa concepção, como, por exemplo, o enlace de irmãos anônimos e a degeneração da prole.

O mesmo se dá em relação à barriga de aluguel, proibida no nosso sistema legal, que adota o critério da autoria do parto como regra para a definição da maternidade (RIBEIRO, 2001).

Outro aspecto tão ou mais polêmico, diz respeito à redução de embriões que já se encontram no corpo da mãe. Isto ocorre em função do número de embriões implantados, para evitar o nascimento de mais de um bebê, caso se desenvolvam todos os embriões (até quatro), cujo implante é recomendado pelo CFM. Segundo vários autores, dentre eles Oliveira (2000)¹¹, a redução de embriões é um dos muitos dilemas da medicalização da procriação, também encontrado por nós, que resulta das deficiências da prática médica ainda rudimentar que, insiste, por razões comerciais, em querer demonstrar ser um sucesso absoluto, sem dar a devida importância para a biossegurança da mulher, implanta mais embriões do que o organismo humano é capaz de dar conta com segurança.

Entretanto, há que se considerar a tendência mundial de reduzir o número de embriões transferidos, especialmente tratando-se da mulher abaixo dos 35 anos, na qual seriam

Franco Junior 2002). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500002&1...>. Acesso em: 8 ago. 2002.

¹¹ Lista de bioética feminista. Tema do mês de maio de 2000: “ Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas (NTRc): as benesses, os problemas e os riscos”. Disponível em: <<http://www.widesoft.com.br/cgi-bin/majordomo/subscribe/bioetica.htm>>. Acesso em: 30 jun.2000.

colocados no máximo dois embriões. Sobre o fator idade, encontramos farta argumentação no capítulo VI, a partir do trabalho de Jouannet (2001) e Vandelac (1996).

Oliveira (2000) denomina esta prática de “iatrogenia intencional”. Além disso, é desconsiderado o fato de que um número maior de embriões do que o organismo humano possa dar conta, pode resultar em um risco de vida para a mulher. Também estão sem respostas perguntas como: quais os ônus para a mulher doadora de óvulos e/ou incubadora? Quais as conseqüências da hiperestimulação hormonal? Da superovulação? E do implante múltiplo e simultâneo de embriões, bem como da redução de embriões?

A prática que ultrapassa o implante de quatro embriões é ilegal no Brasil, segundo o CFM¹², além de apresentar dois problemas: a vida e a saúde das mulheres vêm sendo colocadas em risco¹³, e não foi definido o que fazer com as sobras de embriões.

O Conselho Federal de Medicina também não estabelece o tempo máximo de congelamento, o que produz um contínuo crescimento de embriões criopreservados¹⁴. O problema se agrava por fatores outros, como o alto número de pacientes que abandonam o tratamento, ou que não desejam mais engravidar após o sucesso com as técnicas de reprodução assistida. Ainda parece não haver população interessada em receber embriões doados, pois o material genético não pertencerá a nenhum dos integrantes do casal infértil, dilema tratado por nós no capítulo IV. Para a discussão de como a legislação brasileira tem analisado a questão da redução embrionária, acompanharemos Diniz (2000), no capítulo VI.

Segundo reportagem de Mansur (2000) à Revista Época¹⁵, as clínicas mais movimentadas, como a do médico Roger Abdelmassih em São Paulo, chegam a atender até mil casais por ano. Grandes centros, como o Hospital Albert Einstein, acumulam 800 embriões congelados em tanques de nitrogênio líquido, a 140 graus celsius negativos.

Franco Junior (2002) informa que a Maternidade Sinhá Junqueira, de Ribeirão Preto, São Paulo, possuía mil e 100 embriões, em agosto de 2002. Segundo o médico Nilson Donadio, chefe da clínica de esterilização da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e diretor da clínica Pró-Embryo, onde existem 500 embriões congelados, este é um dos

¹² Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1358/92

¹³ A taxa de gestações quádruplas no Brasil é quatro vezes maior do que nos EUA e, segundo reportagem da FSP/OESP, do dia 4 de abril de 2000, isto se deve à transferência para o útero de um número maior de embriões do que o recomendado. Casos recentes de quádruplos apontam que esta norma no Brasil pode estar sendo desrespeitada. Dados retirados do Boletim Eletrônico Saúde Reprodutiva na imprensa, edição de 1 a 15 de abril de 2000.

¹⁴ Embora haja uma recomendação de que seja até 5 anos.

¹⁵ Edição 116, de 6/8/2000.

seus principais transtornos, obrigando-os a aumentar o número de geladeiras. A norma do CFM diz que as clínicas podem congelar espermatozóides, óvulos e embriões; o total de embriões produzidos será comunicado aos pais. O excedente congelado não poderá ser descartado. Os casais devem expressar sua vontade sobre o destino do material.¹⁶

Quatro em cada dez casais que se submetem à fertilização *in vitro* deixam embriões congelados na clínica, segundo Dirceu Henrique Pereira, diretor da Clínica Profert em São Paulo. No início do tratamento, a mulher toma remédios que estimulam a ovulação. Se estiver na faixa dos 30 anos, produzirá até 25 óvulos, que serão retirados e fecundados em laboratório. Os quatro embriões mais saudáveis serão transferidos para o útero da paciente, que terá até 34% de chance de engravidar. Os demais ficam congelados e serão usados numa segunda tentativa, caso a gravidez não vingue ou para ter outros filhos, futuramente.

No caso de morte ou separação do casal, ou se o mesmo desaparece ou deixa de pagar a taxa de manutenção, o problema fica com as clínicas de fertilização, que devem seguir a norma do Conselho Federal de Medicina que proíbe o descarte de embriões. “Eliminá-los é como assassinar alguém”, disse o senador Roberto Requião (PMDB-PR), relator de um dos três projetos de lei sobre reprodução assistida que atualmente tramitam no Congresso.¹⁷

Ainda há que se ter em conta o desconhecimento sobre o quanto são respeitados a ética e o consentimento informado¹⁸, quando da realização das novas tecnologias conceptivas. Nossa pesquisa nos fornece indícios de que os casais não são, ou não são suficientemente informados sobre possíveis riscos durante o processo de tratamento. O que encontramos, sempre que perguntamos, é que o médico lhes diz sobre quais são os percentuais de sucesso e de fracasso dessa tecnologia. Cremos que isto seja uma

¹⁶ <http://www.epoca.com.br/edic/ed300899/ciencial.htm>

¹⁷ O projeto relatado pelo senador Requião proíbe o congelamento, estabelecendo que só podem ser produzidos quatro embriões, que devem ser transferidos para o útero, sem deixar sobras. Entre as opções apontadas pela matéria aos que enfrentam esse dilema, estão as doações a casais inférteis e para o desenvolvimento de pesquisas científicas. Segundo a reportagem, alguns médicos transferem os embriões para o útero da paciente na véspera da menstruação ou fora do período ovulatório. “Assim eles são eliminados naturalmente”. Isso evita o dilema ético, diz Dirceu Pereira, diretor da clínica Profert, em São Paulo. <http://www.epoca.com.br/edic/ed07082000/socila.htm>. Atualmente circula na Comissão de Assuntos Sociais do Senado, sob a relatoria do senador Tião Viana (PT-AC), o Projeto de Lei 90/99, do senador Lúcio Alcântara (PSDB-CE), que inicialmente permitia a transferência de no máximo quatro embriões e a manutenção de embriões em criopreservação por até dois anos. Mas hoje, por pressões durante o processo de tramitação pelo Conselho de Constituição, Justiça e Cidadania do Senado, em que o senador Roberto Requião (PMDB-PR) atuou como relator, ele passa a estabelecer, se for aprovado, até três embriões e proíbe o congelamento de embriões humanos.

¹⁸ O consentimento informado implica a compreensão do ato terapêutico sobre o qual ela/ele deve consentir. Isto é um processo, mais do que um ato pontual de uma assinatura em um formulário, e se funda na noção de autonomia. Os elementos característicos desse consentimento são uma informação adequada (mas não necessariamente completa), a capacidade do indivíduo de compreender essa informação e a liberdade de decisão.

forma de auto-proteção diante da tecnologia ainda bastante experimental, o que nos coloca face a face com outra questão: estamos diante de um tratamento para a infertilidade ou de pesquisas, que, como não se mantêm análises desses dados na maior parte das clínicas, também não irão contribuir para a mudança desses experimentos? Há ausência quase completa de critérios coletivos e amadurecidos socialmente, capazes de construir parâmetros de análise fora do contexto puramente médico (IACUB; JOUANNET 2001).

2. Aspectos éticos/bioéticos/legais das NTRc

Segundo Oliveira e Ferreira, (1999), a mãe de Louise Brown, a primeira criança gerada por fertilização extra-corpórea (1978), em depoimento à Gena Corea¹⁹, confessou que achava que estava recebendo um tratamento para sua infertilidade e não foi avisada, nem supôs que estava sendo submetida a uma experimentação.

Desde o primeiro nascimento do primeiro bebê de proveta, há pouco mais de 20 anos, os métodos de fertilização *in vitro* já avançaram muito. Porém têm surgido outros assuntos polêmicos, como os de filhos de homossexuais, de mulheres virgens²⁰, de pais biológicos mortos, das chamadas “mães- avós” e da utilização em demasia de técnicas tais como a injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI para qualquer indicação de infertilidade, e não apenas para as azoospermias obstrutivas), além do fato de vários países do mundo estarem enfrentando problemas com a superpopulação de embriões órfãos. Sem considerar que homens inférteis correm o risco de transmitir uma doença fatal para o seus descendentes, segundo especialista em esterilidade canadense Keith Jarvi, do Hospital Monte Sinai em Toronto²¹, o mesmo nos é dito pelos médicos entrevistados na França e por Jouannet (2001), conforme trabalharemos mais adiante.

Keith Jarvi disse que os testes genéticos recomendados para homens estéreis falharam na detecção de mutações associadas à fibrose cística, uma doença hereditária incurável, que causa dificuldades respiratórias, inflamação do fígado e falência cardíaca. Os cientistas descobriram que os testes falharam na detecção de até 79% das mutações mais raras de fibrose cística em homens com uma forma muito grave de esterilidade, chamada azoospermia obstrutiva, que faz com que não tenham espermatozoides no

¹⁹ Gena Corea, jornalista e feminista norte-americana, diretora do Instituto da Mulher e Tecnologia dos EUA, autora do livro *The Mother Machine*.

²⁰ Vide o texto de Strathern, 1995. *Necessidade de Pais e Necessidade de Mães*. REF. v.3, n.2, 1995.

sêmen. Estatísticas da Fundação de Fibrose Cística dos EUA, mostram que 55% das pessoas com essa doença morrem antes de completar 31 anos. Atualmente, ao mesmo tempo em que aumentam as polêmicas em torno do desenvolvimento de clones humanos para produzir órgãos, e enquanto praticamente inexistente a possibilidade de nascerem crianças portadoras de defeitos aparentes, porque a micromanipulação genética não permite que sejam implantados embriões com “defeito de fabricação”²², aumentam, concomitantemente, as preocupações com essas tecnologias. Sobretudo se tomarmos em conta que elas possuem instrumentos que podem servir às testagens genéticas populacionais coercitivas, de caráter eugênico, além de aspectos chamados perversos por Testard (1986), como a fecundação do óvulo pelo óvulo, a autoprocriação feminina, a clonagem, os bancos de tecidos de reposição, a gravidez masculina e a gestação em animais.²³

Considera-se ainda que as técnicas de clonagem humana já são patentes, pois em 18 de outubro de 1993 os americanos Jerry Hall e Robert Stillman, pesquisadores da Universidade George Washington, EUA, anunciaram que clonaram embriões humanos e disseram que tal proeza era uma “tentativa de ampliar as possibilidades de fertilização *in vitro*” (FABRI,1996)

No começo, essas técnicas eram usadas para resolver a infertilidade de mulheres com transtornos nas trompas. Atualmente, seu uso se estendeu – problemas como a infertilidade provocada pela hostilidade do muco cervical ao espermatozoide, situações de esterilidade de origem desconhecida, casos de pouca mobilidade e baixo número de espermatozoides, são tecnicamente assistidos. É preciso ainda dizer que também a definição quanto aos tratamentos de infertilidade é pautada por decisões que envolvem discussões relativas ao gênero, uma vez que, na maior parte das vezes, quando o impedimento de gerar é masculino, as mulheres que não podem conceber se submetem a tratamentos de variada complexidade.

²¹ Jornal O Globo On 12/6/99.

²² O diagnóstico genético detecta os chamados “defeitos genéticos”, desde o período pré-implantatório em pré-embriões (considerados assim até 14 dias pós-fertilização), em embriões, em fetos, com o intuito de selecionar os que se consideram ‘melhores’, embora, no Brasil, o descarte seja proibido e nada se possa fazer com os embriões comprometidos pelas alterações genéticas, exceto a criopreservação para uma futura solução do problema.

²³ THE OBSERVER divulgou, domingo, dia 2 de julho de 2000, por reportagem de Antony Barnett, notícia sobre a Empresa de Dolly, que pôs o gene de mulher em ovelha. A empresa britânica que clonou Dolly, a ovelha, inseriu o DNA de uma mulher dinamarquesa em milhares de ovelhas de Nova Zelândia sem o conhecimento dela. Recebido na lista Bioética Feminista dia 5 de julho de 2000.

Desse modo, mesmo nos casos de esterilidade masculina, as mulheres é que são medicamente tratadas, fato apresentado como crítica em muitas das leituras feministas realizadas. Segundo Diniz (2002), o surgimento de uma consciência crítica sobre esse processo de medicalização na ausência de filhos, vem provocando um intenso debate sobre como considerar as técnicas reprodutivas – serão sinônimos de tratamento médico ou não ?

Para a autora, esse problema diz respeito à própria inserção social, política, moral e sanitária da medicina reprodutiva. A tendência da classe médica é considerar essas práticas como capazes, ou de curar a infertilidade, ou de remediar a ausência indesejada de filhos. Nesse sentido, seu principal objetivo é a produção de bebês, sendo pouco incentivada a pesquisa sobre as causas da infertilidade ou da baixa fecundidade. Esses aspectos são também apresentados criticamente, em grande parte da literatura internacional consultada.

O que fica aparente é que a causa subjacente, nessas ocasiões, é o desejo de uma paternidade/maternidade genética.

Cada inovação no método implica modificações técnicas e conseqüências não pensadas (LABORIE, 1999). Assim, a possibilidade de extração de óvulos e produção de embriões em laboratórios permitem a doação, a venda e o intercâmbio de óvulos e de embriões. Aparecem, portanto, novos conceitos, como doação pré-natal e novas perguntas, como: de que pai e de que mãe nós estamos falando, trata-se da que deu à luz, da que doou os óvulos, da que gerou, ou da que levou a criança para o jardim de infância? Velhas questões sobre quem são os pais, recolocam-se no interior de um novo contexto, além das perguntas sobre a identidade e a origem genética (DHAVERNAS LEVY 1999). Outrossim, há muitas outras questões jurídicas, apresentadas por Ribeiro (2002).

As demandas nesse âmbito, cada vez mais nos obrigam a uma abordagem interdisciplinar, para poder considerar a história subjetiva do/da demandante ante as tecnologias em questão, segundo a psicanalista Lea Gomel, a quem entrevistamos em Paris. Em um tratamento desta ordem, é preciso tomar em conta a história subjetiva do casal o que os leva para a história da sua própria filiação. É preciso recolocar o processo dentro da história genealógica de cada um, dentro de sua própria filiação, para analisar essas práticas e sua imersão no imediatismo da busca via reprodução assistida. Segundo Gomel, para além da fascinação com a procriação moderna, as pessoas escondem uma angústia enorme, e quanto mais possibilidade lhes é oferecida, mas a angústia aumenta. O que significa um imenso trabalho para o campo psicanalítico. Para Gomel, a questão não é ter uma criança, mas por que e para ocupar que lugar? Além das situações em que as mulheres se encarregam da gravidez de uma forma altruísta, também há, no cenário das NTRc, uma variante

contratual em que um casal paga pelos serviços da gravidez e parto a outra mulher. Em alguns casos, a futura mãe social usa seus próprios óvulos e o esperma de um homem estranho. Em outros, utiliza-se o embrião do cônjuge.

No que se refere ao âmbito legal, existem ainda grandes lacunas. Reportemo-nos às dificuldades que têm sido apontadas ao se tentar legislar sobre esse campo. Segundo Corrêa (2000), após os anos 80 as experiências do que se convencionou chamar “reprodução humana assistida” (RHA) ganharam visibilidade, mas de modo paradoxal. Manteve-se, por um lado, a pouca transparência na aplicação dessa tecnologia, constatada pela quase ausência de registros das atividades, pela inadequada avaliação de seus resultados no âmbito científico e evidenciada pela escassez de estudos comparativos e controlados do sucesso/insucesso na aplicação de cada uma das diferentes técnicas e procedimentos. Por outro lado, essa tecnologia e seus produtos, como os bebês de proveta, são monumentalmente expostos pela mídia, o que vale para o encobrimento de efeitos controversos que permanecem obscuramente aceitos no plano científico (CORRÊA, 1997).

Essa falta de registros médico-científicos tem afastado o Brasil dos países que produzem e exportam NTRc, tais como os Estados Unidos, Austrália, França, Inglaterra. Segundo Corrêa (2000), ainda que em bases voluntárias, em alguns contextos esses países mantêm registros periódicos e regulares (em geral anuais), mais ou menos extensos quanto às informações coletadas sobre a aplicação das tecnologias conceptivas. No Brasil, porém, a partir dos anos 80 tivemos a ocorrência de apenas dois registros nacionais ²⁴

Existe ainda o problema da sub-informação, na medida em que no último Registro Nacional de 1997, relativo a resultados de 1995, a informação obtida referia-se a 14 centros de reprodução assistida, enquanto a mídia e os especialistas falavam na existência de cerca de 80 centros, espalhados por todas as regiões do país.

Segundo reportagem da Revista Época²⁵, havia no Brasil em 2000, 78 clínicas de fertilização *in vitro*; já no site da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), encontramos a informação sobre 117. Borges (APUD ALVES 2002)²⁶ nos diz que elas empregam em torno de 600 a 900 profissionais no Brasil. Mas é preciso preparar mão-de-obra específica. Segundo ele, são feitos 7 mil ciclos de fertilização *in vitro* no Brasil por ano.

²⁴ Franco Jr; Wheba, 1994; Resultados, 1997, apud Corrêa, 2000.

²⁵ Revista Época. Edição 116 de 06/08/2000

Borges estima que são 80 mil o número de casais que precisam de tratamento. Esses dados, contudo, são bastante divergentes em cada fonte de informação.

A prática da reprodução assistida está instalada, quase na sua totalidade, no setor privado da medicina e sua regulamentação no Brasil tem dependido, até o momento, da possibilidade de crítica e controle internos ao próprio campo. É, portanto, dependente do maior ou menor grau de exigência dos próprios especialistas em sua própria prática, de sua consciência e boa vontade.

Entretanto, algumas medidas normativas infralegais e até mesmo no plano da lei, no que diz respeito diretamente à RHA, têm vindo à luz, ainda que no interior do próprio campo médico, segundo Diniz (2000), o que transforma as regras de conduta profissional do médico em parâmetros para julgar a sociedade.

1) Em 11 de novembro de 1992, no uso das atribuições que lhe confere a lei Nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, o Conselho Federal de Medicina regulamenta pelo decreto Nº 44.045 de 19 de julho de 1958, e resolve:

Adotar as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. Esta resolução, embora não tenha caráter definitivo devido aos constantes avanços científicos e sociais, é a única norma existente. Nela são definidas as técnicas de reprodução assistida eticamente aceitáveis, desde que existam probabilidades reais de sucesso (obedecendo-se ao princípio bioético da beneficência) e não haja possibilidade de risco grave para a saúde da paciente ou de seu conceito (em consonância ao princípio da não-maleficência). Estabelece a Resolução Nº 1358/92, a obrigatoriedade de propiciar informações de caráter biológico, jurídico, ético e econômico aos interessados, de acordo com o princípio bioético da autonomia, obtendo-se documento assinado pelo casal infértil, concordando com o procedimento (é o chamado consentimento informado). Esta norma reafirma princípios bioéticos como a inviolabilidade e não-comercialização do corpo humano, exige a gratuidade do dom e que a prática da doação de material reprodutivo seja anônima, devendo ser respeitado o segredo médico. Determina regras para diminuir a possibilidade de incesto inadvertido, através de um controle do número de receptores por doação e um limite em termos espaciais. Por fim, delimita em 14 dias o tempo máximo admissível para o desenvolvimento de um embrião fora do corpo feminino.

²⁶ Edson Borges é presidente da Associação Brasileira de Reprodução Assistida. O Estado de São Paulo, caderno C12, 28 de julho de 2002.

Segundo Corrêa (2000), a Resolução segue linhas gerais estabelecidas através de um documento que se tornou histórico na bioética da reprodução assistida, que é o *Warnock Report* (1984), embora, em outros pontos, a mesma autora diga que ela se afasta das recomendações ali encontradas. Do mesmo modo que no Brasil, o abortamento é uma prática criminalizada e não é admitida a destruição de embriões supranumerários, nem a redução embrionária, no caso da gravidez múltipla. Todo embrião resultante de RHA tem de vir a ser, em algum momento, gestado pela própria pessoa ou por doação, mesmo após seu congelamento.

2) Neste campo, é preciso considerar ainda a lei de Biotecnologia Nº 8.974, de 1995, que regulamenta, entre outras coisas, as experiências com embriões humanos, células reprodutivas e material genético, indicando o princípio da indisponibilidade do material biológico e da pessoa. Em seu artigo 13, a lei define como crime a produção, armazenamento ou manipulação de embriões humanos destinados a servirem como material biológico disponível.

3) Há ainda há a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos), que estabeleceu nove áreas temáticas especiais, nas quais a CONEP (Comissão Nacional de Ética e Pesquisa) acompanhará diretamente os protocolos de pesquisa; dentre elas é indicada a “reprodução humana”, *tout court*. São listadas também outras áreas relacionadas a essa, destacando-se a genética humana, os procedimentos ainda não consagrados na literatura e projetos que envolvam biosegurança.

4) Por fim, existem os projetos que tramitam no Congresso Federal e a Resolução do Conselho Federal de Medicina (conforme anexo).

Em relação ao aspecto legal, há concordância entre diferentes atores de que os progressos científicos, particularmente considerando a revolução biológica, têm a característica peculiar de surgir num mundo e num sistema jurídico despreparados para enfrentar suas conseqüências. Foram reduzidos princípios morais e legais que julgávamos parte de nossa cultura, à medida que a biologia avançava com terrível rapidez, enquanto nossas leis permaneceram inapropriadas para disciplinar relações em um novo contexto.

Mas a questão fundamental apontada por Corrêa (2000) é se é de normas, diretrizes e leis que carece o debate e a aplicação da reprodução assistida no Brasil, frente aos conflitos morais, bioéticos, éticos e sociais, no plano da família e da filiação por ela colocados. Segundo a autora, a tomada de controle exige, como primeiro

passo, um registro elaborado e transparente das atividades de reprodução assistida, o que é sinônimo de informação.

Para Corrêa (2000), apesar da proliferação de instrumentos jurídicos, permanecem sem respostas questões como: quantos embriões estão congelados? Onde e quem os mantém e tutela? Que tipo de contrato rege essa prática ou outras, como a adoção de óvulos? Qual a incidência de efeitos colaterais indesejáveis, na aplicação de drogas utilizadas no ciclo de estimulação hormonal das mulheres que se submetem a ele? Quantos folículos são produzidos por ciclo? Quantos embriões supranumerários são criados e quantos são implantados? De quem é a decisão sobre esse número? O que efetivamente é feito com os embriões não implantados? Qual é a taxa de sucesso da aplicação de diferentes técnicas, em diferentes casos de in/hipofertilidade? Qual é a idade média das mulheres que se submetem à reprodução assistida? Qual a diferença em relação ao sucesso, segundo a idade e o número de embriões transferidos? Qual é a taxa de gravidez múltipla? Qual a condição de saúde das mulheres que passam por estas gestações? Qual é o peso dos bebês que nascem de reprodução assistida? Quantos bebês necessitam de cuidados intensivos ao nascer, por quanto tempo e a que custo?

Não apenas risco e biosegurança estão em questão na reprodução assistida. Conhecer o que acontece no âmbito dessas práticas, em termos da saúde física e mental das mulheres e bebês, pode ter conseqüências na demanda por elas. Não se pode deixar de lembrar os efeitos sociais e simbólicos nos planos da maternidade, paternidade e filiação, que as eventualidades ligadas à aplicação da reprodução assistida/doação, produção supranumerária de embriões e seu congelamento, utilização das técnicas por celibatários(as), homossexuais, seleção do sexo de bebês, etc., podem acarretar. A pergunta, segundo Corrêa (2000), é se conhecemos o que vamos regular, para que e como garantimos a aplicação de uma lei sem terreno.

O segundo aspecto diz respeito aos debates que se desenvolvem entre diversos autores/atores, cujos interesses são distintos: movimento feminista, Estado, Igreja, juristas, médicos/as, cientistas, demógrafos/as, filósofos/as, sociedade civil.

A vertente teórica mais influente, que orienta a discussão em relação à concepção, ao aborto e às técnicas conceptivas na América Latina/Brasil, provém das mais distintas correntes da crítica feminista e se fundamenta nos campos da saúde reprodutiva, dos direitos reprodutivos e da bioética, analisados através da ótica das relações sociais de sexo e gênero.

Ainda, tomem-se em conta as enormes dificuldades psicológicas em todas as etapas, dos procedimentos das NTRC, mesmo se sobre elas pouca referência tenha sido encontrada nos estudos brasileiros, mas relatadas abundantemente na literatura internacional.

Além das dificuldades médicas, e a principal delas, num campo em constituição, parece ser a de dizer que os médicos não têm forçosamente a solução porque o discurso social, o discurso da mídia e o discurso científico, em geral não é sobre insucessos. Isso é muito difícil de ser dito, segundo a ginecologista entrevistada em Paris. Ela nos diz: “Se a mulher tem 45 anos, isto não vai funcionar, às vezes porque eles já fizeram muitas coisas que não funcionaram e nós temos que dizer que não há mais nada a ser feito. É preciso passar a mensagem que nós não temos necessariamente a solução”.

O contexto sobre o qual ela fala é diferente do nosso, mas ainda assim leva a pensar. Para ela, não fazer as pessoas acreditarem que a medicina possa tudo, é uma questão ética. É importante, segundo ela, fazer acreditar que é possível ajudar, mas que não se pode fazer tudo.

Ela acrescenta:

Aumentar a chance não quer dizer dar uma criança. As pessoas pensam que os médicos podem tudo fazer. As pessoas não pensam em termos de diminuição de chances, as pessoas pensam, ‘eu sou estéril, eu quero uma criança’. Nós pensamos em termos de probabilidades, não podemos passar de zero a um. É preciso fazer compreender que nós não vamos fabricar uma criança, mas as condições para que a gravidez chegue.

Essas falas conformam realidades diferentes da nossa, no Brasil e no sul do país. Na França os médicos podem dizer que eles não têm a solução porque o tratamento é público e pago, em 100% dos casos, pela *Sécurité Sociale*. Ainda porque eles transferem a decisão sobre fazer, continuar ou não o tratamento, na maioria dos casos, para os casais. Também avaliam as demandas consideradas “problemas” a partir dos critérios dos comitês interdisciplinares, constituídos dentro e fora do serviço. No nosso caso, as clínicas são particulares, a postura médica é de que conhecem todas as coisas, eles não concebem que seja um serviço como qualquer outro. Eles têm esses procedimentos como especializados e obrigados a funcionar, não importa a que preço e quantas vezes tenha que ser repetido.

Os tratamentos da infertilidade prévios ao aparecimento destas técnicas, tinham como meta a restauração de certas funções. Com a aparição da fertilização *in vitro*, introduziu-se um novo paradigma no tratamento da infertilidade: proporcionou-se uma reapropriação tecnológica de algumas funções corporais e a desconstrução da continuidade do processo feminino da procriação. Nesse sentido, vemos que, ao mesmo

tempo em que há um investimento dominador da natureza, há outros investimentos capazes de, na interação com a natureza, modificar a própria natureza. Ou seja, as técnicas transformam o corpo, e a natureza dos corpos é construída sempre mais. A medicina transformou os corpos em cyborgs, segundo conceito de Haraway (1991).

3. O Debate ético/bioético feminista sobre NTRc

Na polêmica sobre o tema em questão, autoras como Azeredo e Stolke (1991) afirmam que o sonho de criar seres perfeitos mediante a procriação planejada, revela três aspectos fundamentais na compreensão do alcance das novas tecnologias reprodutivas: o afã dos cientistas por descobrir e controlar os princípios da vida, o sonho eugenista de produzir uma raça perfeita e a instrumentalização das mulheres a serviço das ciências.

Tratando da fertilização *in vitro*, as autoras formulam as seguintes questões:

1. Por que as mulheres se submetem a essas técnicas fisiológica e emocionalmente penosas, em lugar de buscar outras fontes de prazer e gratificação na vida que não a maternidade ?

2. Por que a obsessão de ter um filho do próprio sangue?

3. Por que e como se aplica ao ser humano uma técnica como a fertilização *in vitro*, que se desenvolveu, inicialmente, para a criação e o melhoramento da raça do gado? Elas ainda se indagam: em relação ao ser humano não existe raça, então por que aplicaram essa técnica aos humanos? Em relação a esta última indagação, as autoras apresentam quatro respostas:

a. Primeiro se diz que estas técnicas pretendem curar uma enfermidade, a infertilidade, e isso está associado a benefícios econômicos, pessoais, prestígio, fama e promoção.

b. Depois, conforme já apontado anteriormente, trata-se do contexto científico mais amplo do projeto genoma²⁷.

c. Há ainda a demanda das/os clientes, que desejam a maternidade e a paternidade para elas/ eles.

d. A concepção de família como genética apareceu no interior do biologismo, ideologia que serve para reconciliar fenômenos contraditórios: a noção moderna de

²⁷ Projeto genoma é um programa tecnocientífico que objetiva conhecer o genoma do Homo Sapiens em toda a sua totalidade, ou seja, visa mapear e sequenciar todos os genes humanos. Mapear significa descobrir a

indivíduo autônomo e autodeterminado, livre para forjar seu próprio destino é reconciliada, argumentando-se que a falta de êxito se deve a deficiências de inerência genética, portanto, tratáveis. Assim se legitimam as desigualdades sociais. É em função dessa ideologia biologista, racista, eugenésica e naturalista que, para as autoras, podemos entender o paradoxo entre programas de controle da natalidade imposta ao terceiro mundo e programas de reprodução forçada e das elites, no primeiro mundo.

Há que se ter presente, de igual maneira, que avanços da ciência convivem quotidianamente com a ingerência externa da política de regulação demográfica global, ao mesmo tempo em que há desigualdades demográficas profundas entre os diferentes países. Isto surge aos nossos olhos, na maioria dos países latino-americanos, tendo em vista vários fatos: ausência de escolaridade e informação das mulheres e homens em idade reprodutiva; a demanda e oferta pouco qualificada de métodos anticonceptivos e abortivos; a transferência indistinta de tecnologias de ponta (anticonceptivas e conceptivas) dos países do norte para os países do sul, por meio de legislação que não favorece nem acompanha as mudanças em curso.

Segundo Rotânia (1999), as NTRc são realizações de um desenvolvimento científico e tecnológico inédito. Trata-se de um processo que não é neutro, que priva de valor a natureza, para dar ao sujeito um exercício ilimitado da liberdade e expressar interesses produtivos e consumistas concretos. Nesse contexto, as implicações éticas e valorativas podem estar sendo obscurecidas e as mudanças, ignoradas. A era tecnológica transforma a natureza viva em coisa, e coloca em perigo as gerações futuras dos seres vivos, ao manipular e permutar o material genético, além de modificar a capacidade sexual reprodutiva, determinando na espécie humana as relações sociais via paradigma científico.

Os problemas ligados às novas tecnologias reprodutivas e de gênero não podem, igualmente, prescindir do diálogo com os campos da ética, da saúde e dos direitos. São as mulheres as principais receptoras das tecnologias reprodutivas, na medida em que, até o momento, a reprodução não extravasou a função extracorporal. A tecnociência biológica ainda depende dos seus corpos para o fornecimento do material genético. Há, portanto, necessidade da ruptura entre as categorias público e privado, para ampliar o espaço da construção da cidadania reprodutiva. É igualmente desafiador considerar a experiência institucional e a necessidade das pessoas envolvidas, bem como os problemas éticos ligados à contracepção e à concepção, tais como a falta de participação masculina nas

localização de cada gene, e seqüenciar equivale a descobrir em que ordem estão agrupados os pares de bases nitrogenadas (OLIVEIRA, 1995).

decisões reprodutivas²⁸; a assimetria de poder e autoridade entre os profissionais de saúde e usuárias/os; a ausência de cultura no exercício dos direitos; por último, a pouca crítica, por parte da academia, às ações governamentais.

Segundo Scavone (1999), há que se levar em conta que as tecnologias conceptivas avançam, em alguns países da América Latina (como Argentina, Brasil, México, Peru, Uruguai), no interior da convivência com políticas demográficas controlistas e com programas natalistas de alcance limitado, como a fertilização *in vitro*.

O texto de Novaes (Bateman) e Salem (1995) aponta aspectos ligados ao poder e ao direito dos atores envolvidos na fertilização *in vitro*. A partir do caso da “Viúva de Toulouse/FR”, a questão levantada pelas autoras diz respeito a saber se uma mulher tem ou não direito a um tratamento de infertilidade sob a forma de transferência de embriões, após a morte de seu marido e, ainda, sobre quem tem a autoridade última para decidir em relação à sorte dos embriões congelados.

Os autores em geral entendem que esse contexto constitui um deslocamento do ato reprodutivo, da esfera privada para o laboratório, e indica uma crescente complexidade da rede de atores, que engloba o embrião (mãe, pai e médicos) e também o questionamento do modo como os participantes da rede devem ser hierarquizados.

Dessas prerrogativas é preciso considerar vários fatores, dentre os quais destacam-se: o uso da anticoncepção, que é revelador de desigualdades sociais e sexuais; o vínculo das mulheres com a reprodução e com o corpo, que, se observado historicamente, varia em diferentes épocas e culturas específicas;²⁹ as relações sociais de gênero, que permeiam todas as instâncias do social e que trazem à tona seus múltiplos aspectos, como os políticos, demográficos, os médicos, os religiosos e os afetivo-sexuais, entre outros.

Os conceitos surgem a partir de realidades histórico-sociais precisas e, portanto, têm uma dimensão teórica e empírica cuja inter-relação nos possibilita compreender como foram e como são usados, assim como quais são suas repercussões em diferentes sociedades (SCAVONE, 1999). Segundo ela, o paradigma subjacente ao campo das tecnologias conceptivas é o elogio da diferença, em um mundo em que a ciência e a técnica ocuparam um lugar cada vez mais destacado. É, pois, através da prática e da

²⁸ Sobre a necessidade de estudos no campo da sexualidade e saúde reprodutiva envolvendo a inclusão de homens ver: Arilha (1999); Giffin (1994), Villa (1996), Villela (1996), Minella (2000).

técno-ciência médica, resultante do avanço industrial e do desenvolvimento, que a condição de pleno bem-estar se acopla a um projeto de sociedade ideal, transformando a saúde em utopia.

A busca de perfeição, presente na medicina e na biologia contemporânea, revela uma projeção de vários elementos ideológicos sobre o futuro da humanidade e do planeta e vem ao encontro dessa utilização planetária da saúde, segundo Scavone, (1999).

Para a autora, um dos riscos do paradigma da perfeição em saúde é a difusão de padrões cujas necessidades, na maioria das vezes, são oferecidas e supridas pelo mercado como um ideal a ser alcançado, neutralizando, desse modo, as contradições sociais, econômicas e políticas presentes nas análises feministas. A ciência e a tecnologia contribuem para essa utopia, buscando cada vez mais técnicas anticonceptivas eficazes e seguras que garantam, por um lado, o pleno bem-estar reprodutivo dos indivíduos e, por outro, estimulem decisões éticas individuais, descoladas dos contextos sociais.

Conforme já apresentamos, as tecnologias reprodutivas estão ligadas às questões mais amplas da pobreza e da qualidade de vida em uma sociedade globalizada. Isso se soma, para Scavone, às desigualdades de gênero, às desigualdades sociais entre os países do norte e do sul, às desigualdades em cada país e às contradições que a luta por saúde reprodutiva, centrada somente na questão dos direitos, pode ter. Nem todas as possibilidades oferecidas às mulheres para realizar ou rechaçar a maternidade, podem ser reduzidas a lutas por direitos, sem o risco de que os direitos reprodutivos se transformem em direitos das consumidoras ³⁰, sem postura crítica. Isto significaria reduzir sua experiência à lógica do mercado, transformando os métodos oferecidos em produtos de consumo obrigatório, uma vez que cada nova técnica anticonceptiva ou conceptiva oferecida não traz, necessariamente, benefícios às mulheres. É preciso, antes, conhecê-las e considerá-las do ponto de vista da saúde e da ética. São aspectos que estão igualmente associados à qualidade de vida, como um fator importante para esse conhecimento, e implicam, assim, oferta qualificada e possibilidade de escolha, embora não haja consenso no interior do movimento feminista sobre esse caminho, fato muito bem ilustrado pela reflexão de Françoise Laborie (1993).

²⁹ Estudos importantes sobre a construção e história do corpo foram desenvolvidos por Bordo (1997); Sant 'Anna; (1995); Laqueur, (1994); Schpun, M. R. (1997); Costa, (1996), dentre outros.

Laborie, falando do contexto internacional europeu, lembra que a anticoncepção química, como procura das mulheres, permitiu, por um lado, a separação entre prazer e procriação, e que as novas tecnologias resultam de uma oferta médica e científica capaz de criar nova demanda. Mas esta não garante, por si só, a possibilidade das escolhas e da satisfação dos interesses das mulheres. Se, em relação à anticoncepção, as mulheres podiam dizer: “Meu corpo me pertence”, “um filho se eu quero, quando eu quiser”, atualmente é possível afirmar que as mulheres talvez tivessem feito melhor se tivessem dito: “Nós não teremos filhos que não quisermos, se assim não for do nosso desejo”.

Segundo a autora, esta versão é a que dá conta, de fato, de permitir à mulher o controle sobre o uso tanto de anticonceptivos, como de técnicas conceptivas. O que se relaciona com a sexualidade e a procriação, depende muito mais do funcionamento fisiológico dos órgãos e das funções do organismo, e tudo o que afeta o desejo escapa a qualquer forma de controle. Sexualidade e procriação estão, em larga medida, associadas a processos inconscientes, que tecem a trajetória dos sujeitos, particularmente no que diz respeito à história familiar e à sua capacidade de inserir-se em uma transcendência, como figura materna ou paterna. Isso implica outras possibilidades, como a de dar tempo ao tempo, pouco contemplada pela medicina, antes de intervir com estimulação hormonal, que pode causar o aparecimento de câncer de útero ou ovário, ou com outras práticas.

Se tomarmos em conta a literatura internacional, iremos encontrar uma série de riscos. A estimulação ovariana é descrita como aquela que provoca doenças iatrogênicas, tais como: lesão tubária, endometriose, desordens na ovulação, formação de quistos ovarianos, observados em 23% a 29% das mulheres tratadas (FELBERG, 1989 apud LABORIE, 1994) e aumento das taxas de falsa gravidez espontânea. São observados igualmente efeitos secundários, a curto, médio e longo prazo: ondas de calor, náuseas, vômitos, confusão da visão e perturbação do ciclo (LABORIE, 1990-1991).

A literatura também relata alguns efeitos da síndrome de hiperestimulação ovariana – e o aumento do volume dos ovários assinala a forma grave da síndrome. Grave, leve ou moderada, em todos os casos mulheres têm dores abdominais, náuseas, vômitos, ocorre um aumento das massas ovarianas, às vezes com a produção de quistos, hemorragias e torção de ovários nas formas severas, o que torna necessária sua retirada cirúrgica.

³⁰ Sobre direitos sexuais e reprodutivos ver: Ávila (1997; 1999); Fraise (1994); Piscitelli (1998); Dora (1998); Arilha (1998); Petechesky (1999); Soares (1997), aspectos que serão colocados no capítulo II.

Deficiências hepáticas e renais são sinalizadas. Um dos efeitos maiores é o aumento da permeabilidade vascular, que tem duas conseqüências: De um lado, a formação de ascite (acumulação de líquidos abdominais, pleurais e pericárdicos), levando a síndromes de perigos respiratórios ou de edema pulmonar. De outra parte, profundas modificações no sangue, com o aumento de sua viscosidade, tromboembolia, choques que levam à diminuição brutal do volume sanguíneo. Todos esses acidentes podem ser mortais.

As estimulações ovarianas fazem produzir e circular doses massivas de estrógenos, donde o poder cancerígeno fica estabelecido, além de aumentar o número de óvulos a cada ciclo, com aumento concomitante de traumatismo em cada coleta dentro dos ovários. Muitos casos de tumor de hipófise dentre outros, são sinalizados na literatura para as mulheres que fizeram estimulação ovariana (LOPES, 1992, apud LABORIE, 1992). Também ocorrem câncer de endométrio, câncer de ovários, câncer de seio. Embora existam estudos indicativos, na França, sobre o desenvolvimento de câncer de ovários e seios, não há acordos definitivos sobre sua associação com o uso de hormônios.

Outros riscos dizem respeito à gravidez por FIV. Na França 75% das gravidezes são simples, 20% são gemelares, 4% são triplas, ou mais; ou seja, é de 20 a 25 vezes maior o número de gravidez gemelar e 40 vezes mais de gravidez tripla, salvo entre as mulheres de 40 anos ou mais (FIVNAT, 1991 apud LABORIE 1990-1991).

Para a saúde materna, são relatados riscos depois do uso dos hormônios, como perdas ósseas, que são observadas no nível da coluna vertebral, previstas em 4% depois de 6 meses de tratamento (BROSENS, 1990 apud LABORIE, 1994).

Encontramos também descrições de riscos sobre a saúde dos bebês, dentre eles a prematuridade dos bebês nascidos após FIV, com as conseqüentes complicações pulmonares, mas as taxas de malformações congênitas e cromossômicas são comparáveis àquelas da população em geral. Diferentes equipes do mundo sublinham que os portadores de problemas graves e os custos médicos e sociais são consideráveis, em 20% dos bebês prematuros que sobrevivem. Laborie (1994) diz que essas tecnologias são subjetivamente portadoras de grande prematuridade iatrogênica, porque os praticantes querem aumentar as taxas de sucesso, transferindo um número elevado de embriões. Maior número de embriões transferidos, maior número de gravidezes gemelares e maiores os problemas com as crianças. A transferência de quatro embriões ou mais, segundo a autora, aumentou ao longo do tempo. Esse número de embriões representa 12% de todas as transferências em 1986, 27% em 1987, 39% em 1988, 37% em 1989 e ainda 32% em 1990, mesmo se os médicos dizem que não se deve transferir mais do que três embriões.

Ainda, segundo estudo prospectivo controlado de cariótipos de 430 bebês oriundos de injeção intracitoplasmática de espermatozóide, comparados com 430 bebês concebidos naturalmente, no Egito, e no Cairo. Constatou-se que 430 bebês consecutivos concebidos através de ICSI que nasceram, demonstraram 15 cariótipos anormais (3,5%). Desses 15 bebês, 7 tiveram fenótipo feminino e 8 masculino. Seis bebês possuíam anormalidades cromossômicas, tanto autossômicas como sexuais. Um grupo-controle de 430 bebês concebidos naturalmente que nasceram no mesmo hospital não mostraram nenhum cariótipo anormal. A diferença entre os dois grupos foi significativa ($p < 0,001$). O estudo conclui que a ICSI carrega um pequeno, mas significativo, risco de cariótipo anormal na descendência. Esse risco parece ser igualmente distribuído entre as anormalidades entre cromossomos sexuais e autossômicos.³¹

Ainda, precisamos considerar o que diz respeito ao procedimento de tratamento, no que tange às controvérsias em relação ao fato de que as mulheres são submetidas à estimulação hormonal. As conseqüências desta hiperestimulação sobre a saúde das mulheres não são totalmente conhecidas, mesmo que tenhamos citado algumas; estima-se que, entre outros efeitos, produziria menopausa precoce. Há relatos em nossas entrevistas francesas, sobre perfurações e hemorragias quando da procura dos ovócitos dentro dos ovários, além dos riscos, hipotéticos ou não, sobre câncer de ovário.³²

Além disso, com a maturação de muitos óvulos/mês, os médicos tendem a implantar vários embriões, levando a que 20% dos nascimentos sejam múltiplos, até sextigêmeos. Em todos os casos, os nascimentos se dão por cesáreas e, em geral, os bebês são prematuros, de muito baixo peso, aumentando desse modo a taxa de mortalidade perinatal (conforme relatado anteriormente), além da exigência de investimentos em infraestrutura de amparo, como incubadora e recursos humanos especializados, acrescido dos custos do congelamento sistemático dos embriões supranumerários. A criopreservação resolve alguns problemas, porém gera novos dilemas, como a disputa pela custódia e herança em caso de morte, e permite a transferência de embriões assim obtidos a outras mulheres, fundando, desse modo, uma nova categoria de mulheres – as mães substitutas.

Médicos e ginecologistas tendem a reduzir o sintoma da esterilidade exclusivamente ao plano biológico, como causa de disfunção e lugar de intervenção, e a

³¹ Alboughar e colaboradores in: Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida. <http://www.sbra.com.br/infomativo.asp/codigo=123&tipo=normal>. Acesso em: 2 mar. 2002.

³² Biólogo, entrevista realizada em Paris em janeiro de 2002

restringi-lo às intervenções médicas e cirúrgicas, nas quais a ausência da concepção é tratada como doença. Práticas essas desmentidas, quando a mulher engravida antes mesmo de começar o tratamento, após uma adoção, ou ainda quando a esterilidade é sintoma de outra coisa, conforme atestam os estudos psicanalíticos.

Para Laborie (1993), a hipótese provável desse comportamento é de que a ocupação por médicos e cientistas do campo da reprodução, constitua uma das formas de represália possíveis de uma onipotência médica e biológica masculinas, sobre um território feminino, quer seja pelo controle tecnológico e visual do útero grávido e do feto, quer seja por sua capacidade de determinar o encontro e a união dos gametas, ou de realizar a fecundação e supervisionar o desenvolvimento do embrião. Conforme a autora, talvez fosse possível afirmar que os cientistas não suportam a maternidade.

Outra questão que nos parece relevante é de que se esteja aproveitando o contexto no qual se desenvolvem as NTRc, para retomar o projeto de conferir o estatuto de pessoa, de sujeito, ao embrião humano, atitude apontada por várias feministas. Esse contexto é o da proliferação das técnicas que envolvem a produção de um grande número de embriões, fundamentado no desejo de ter um filho, proclamado por pessoas impedidas de viver a gravidez. Parte-se da hipótese de que as mulheres declaradas estéreis concordam previamente com a experiência da maternidade, e que os casais estéreis se preocupam com o futuro de seus embriões, e procura-se aprovar projetos de lei que objetivam dar estatuto de pessoa ao embrião humano em geral. Reconhecer o embrião como pessoa pode levar a que a experiência da maternidade seja realizada sem a concordância da mulher, transformando-a em receptáculo da pessoa embrionária e à revogação da lei do aborto nos países onde já foi aprovada.

Entre as feministas, segundo Laborie, podemos encontrar dois tipos de posturas críticas em relação às NTRc. Ao primeiro tipo, pertencem aquelas que se opõem às NTRc por razões de princípio. Para estas, as NTRc supõem o aumento do controle masculino sobre um território até então feminino - a maternidade; e a abordagem técnica da gravidez parte do modelo masculino de produção de milhões de espermatozoides, que são colocados em mulheres submetidas a tratamento hormonal, seguido da produção em série de seres vivos por meio de numerosos embriões congelados e estocados. Nesse sentido, as NTRc introduzem uma desestabilização da maternidade, que até então era certa e unívoca, tornando-a agora disseminada e plural. Existem ainda aquelas feministas que desenvolvem críticas aos modelos publicitários de divulgação das técnicas e à realidade escondida nos modos de desenvolvimento das NTRc.

As do segundo tipo contrapõem-se às do primeiro, afirmando que em vez de opor obstáculos aos métodos da procriação artificial, deveriam reivindicar seu controle. Para elas, a questão básica é a da liberdade das mulheres. Segundo Fátima Oliveira³³, trata-se de uma posição biofundamentalista. É um posicionamento que podemos classificar como bioliberal, particularmente em relação às NTRc, e que exige o controle dessas biotecnologias pelas mulheres, pois, segundo essa corrente, as NTRc podem garantir sua liberdade e a sua autonomia.

É a posição defendida desde 1992 pela Rede Internacional sobre Perspectivas Feministas para a Bioética (FAB – Feminist Approaches to Bioethics), que congrega mulheres e organizações feministas de 100 países e tem se pautado por uma postura de embate nos meios acadêmicos da bioética e pela luta por uma legislação que coíba os abusos e incorpore uma visão de combate à opressão de gênero. As críticas se fundamentam, principalmente, no que consideram terem sido vitórias feministas dos anos 70: o direito à homossexualidade, à maternidade celibatária, às lutas contra a ideologia normativa do casal e da família.

Essas feministas criticam as NTRc porque excluem certas mulheres e promovem a família nuclear heterossexual como modelo ideal de ambiente para uma criança, enquanto que as do primeiro tipo insistem no peso e no aspecto experimental das intervenções praticadas no corpo das mulheres e nos riscos advindos para a sua saúde.

Uma primeira posição, realçada nos estudos de Bataille (1990), em sua tese de doutorado sobre as atitudes feministas face à procriação medicalmente assistida, na França, é a de uma reação desfavorável por parte das feministas, às vezes até alarmista. Um sentimento de medo e receio, ao olhar todas as intervenções médicas no processo de fecundação. Elas denunciam o desejo de dominação dos processos de fecundação, colocando-se o foco nos médicos enquanto homens, representantes do masculino. Colocam em causa o conjunto cultural que favorece a pesquisa, o conhecimento e o progresso, que afasta mais e mais o indivíduo de sua natureza. O tema do eugenismo é o foco que aparece nesse quadro com toda sua carga emocional. O apelo a esse tema resulta, para o autor, da combinação de dois elementos de denúncia: os médicos – homens, de um lado e o desenvolvimento científico de nossos modelos culturais, percebidos como signos manifestos do desejo de medicalizar a maternidade.

³³ Disponível em: <<http://culturabrasil.art.br/RIB/DPBartigo1.htm>>. Acesso em: 29 jun..2000 .

A reprodução assistida é, para elas, o lugar onde a lógica masculina e científica tende a desapropriar as mulheres de sua capacidade fecundante. Essa posição crítica, segundo Bataille (1990), que busca proteger a maternidade das mulheres, reenvia às correntes feministas que levam a uma separação radical das mulheres com o mundo masculino. O homem é concebido mais como inimigo, do que como quem partilha.

A maternidade valorizada por essas mulheres está fora das relações de dominação que elas combatem e fora dos procedimentos científicos que desnaturalizam esse momento privilegiado na vida de uma mulher. Segundo o autor, a maternidade simboliza o fundamento da diferença biológica que distingue as mulheres dos homens. E a atividade militante buscou sempre valorizar a expressão da diferença. Para esse grupo, só as mulheres têm a capacidade de valorizar seu poder fecundante e de lutar contra a tendência cientificista da humanidade. Ao rejeitar todos os aspectos do conhecimento médico que se insinua entre a mãe e a criança, elas valorizam a expressão natural da maternidade, poder esse existente em sociedades tradicionais.

Um segundo grupo de feministas percebe o conflito entre homens e mulheres com menor violência, segundo o autor. A rejeição a essas técnicas médicas se fundamenta em uma crítica do conhecimento científico. A maternidade para elas não é necessariamente uma luta de poder entre homens e mulheres. Essas mulheres, que são elas mesmas cientistas, denunciam o desejo de dirigir que têm os homens (mas também as mulheres) os princípios da fecundação. É o próprio desejo de reger que é criticado, e a satisfação aí aferida. Tanto homens como mulheres são englobados nessa crítica, porque tanto uns quanto outros participam ativamente da ilusão de reger os fundamentos da natureza. Elas denunciam radicalmente o duplo fenômeno da vitimização, no qual as mulheres são objetos. As mulheres não apenas são vítimas, mas elas se submetem a um modelo científico que se permite todos os excessos sobre o seu corpo. Esse modelo critica diretamente a falta de meios permitidos às mulheres que procuram gerir sua esterilidade. Elas constatarem o empirismo da ciência e sua notoriedade em termos de prestígio simbólico e, ao mesmo tempo, o desatino dos casais confrontados com o problema da infertilidade. Perde-se, segundo elas, o diálogo entre os casais e estabelece-se o princípio da solução imediata, que os leva a buscar todas as formas de tratamentos tecnológicos, acompanhados de todo desespero humano que isto possa produzir.

O foco é sobre as condições deploráveis dentro das quais se transmite a informação sobre o estado desses conhecimentos. O casal, segundo elas, não tem tempo para pensar sobre as dificuldades que encontra em sua existência. Apenas tem a informação, já que lhe é

proposta uma solução para seu problema doloroso. Além do mais, conforme trataremos no capítulo IV, a esterilidade do indivíduo passa a ser a esterilidade do casal. Essas mulheres apelam para a comunidade científica, exigindo-lhe mais sabedoria e respeito, mais transparência e honestidade.

A denúncia dos desmandos da ciência sublinha o fato de que os homens são, eles também, em graus diversos, vítimas dessa ausência de humanidade dentro da aplicação dos conhecimentos médicos.

Um terceiro grupo recusa o radicalismo e assume um feminismo negociado. Sua busca de ponderação singulariza uma posição entre lembrar o intenso momento de atividade e a solidariedade que reinava no feminismo, nas relações entre mulheres. Embora manifeste sua própria percepção sobre esse debate e sobre a luta feminista, falta-lhe a adesão a uma ou outra corrente feminista. Suas integrantes se situam no limite das reações possíveis e reenviam diretamente a todas as correntes de participação e compreensão da luta feminista. Apenas não colocam em causa a legitimidade do combate feminista, apenas tentam transgredir as divisões internas e dão à luta outra dimensão. Suas posições são o resultado de um não-conhecimento do feminismo ou de uma hesitação, mas o resultado de uma ação estratégica.

Em relação à reprodução assistida, elas se propõem a denunciar pontos precisos, mais do que dar um sentimento geral de aceitação ou recusa. Criticam a ausência de reflexão feminista e constataam que falta maturidade e realismo no desejo de ter filhos, das mulheres. Ao invés de criticar as mulheres que se lançam nesses procedimentos e o setor médico que os propõe, elas constataam que o movimento das mulheres não tem levado a fundo a reflexão sobre o tema. Esse grupo aponta uma diferença entre o desejo de gravidez das mulheres e o desejo de ter filhos, do casal. Expressam a vontade de não separar as mulheres da dimensão relacional do seu desejo, notadamente da relação com o masculino.

Em princípio, as mulheres deste grupo, estão de acordo com a rapidez com que se colocam em ação as descobertas da ciência médica. Para elas, é grotesco colocar em causa o masculino e se mobilizar contra as técnicas empregando esse argumento, sem levar em conta um trabalho real sobre a demanda das mulheres que se submetem a essas práticas. O aspecto tecnológico não é um problema em si. O problema não reside na circulação de informação. O feminismo para elas tem a vocação de ajudar a comunicação entre os indivíduos. Estas técnicas são a expressão de uma ausência de comunicação.

Segundo Bataille (1990), para esse grupo é ainda inútil se engajar desesperadamente nos princípios de diferenciação entre homens e mulheres, unicamente baseados sobre

fundamentos biológicos. Elas não se ancoram de maneira definitiva e inelutável nos princípios das diferenças entre homens e mulheres, sobre a solitária base biológica dada e imutável.

Sobre a fecundação assistida, nem se opõem, nem rejeitam o conhecimento nesse domínio. No aspecto prático, parece que as mulheres aceitam correr riscos. Elas valorizam o mundo da experiência, guardam-se de reações defensivas, e fazem-se passar por inconscientes.

No quarto tipo agrupam-se as mulheres que valorizam o conhecimento e o progresso. É o grupo constituído das que são provenientes das lutas políticas, mulheres que tinham um passado no feminismo igualitário, algumas com reconhecimento dentro da extrema esquerda ou no partido comunista ou ainda dentro do partido socialista.

Os membros desse grupo insistem sobre um aspecto essencial – a preservação das relações do casal que tem o desejo de ter filhos. O foco é sobre o casal, mas ao elaborar uma reflexão sobre as mulheres, permitem que elas não sejam minimizadas.

Se as técnicas se engajam para resolver a dor ou ultrapassar os limites biológicos, isso é um verdadeiro progresso e uma verdadeira libertação para as mulheres. É a reflexão que elas fazem sobre os processos de medicalização da maternidade, que as incita a pensar que a reprodução assistida pode ser expressão de um progresso. Entretanto, para elas, não há por que fazer dessas técnicas a ponta de lança de novas práticas sociais. A derrapagem principal consistirá em favorecer a vinda de um filho fora do casal. Uma mulher sozinha, querendo um filho, deverá poder aceder a essas técnicas. Elas encorajam as mulheres a mobilizar as técnicas que permitam melhor controlar sua fecundidade ou a condição de sua gravidez. Por outro lado, se recusam a ver a medicina se transformar na medicina do desejo. Trata-se de remediar uma demanda lúcida, que é complexa e ambivalente. Elas lembram como as mulheres se beneficiaram do progresso, do conhecimento e da técnica. Mas, especialmente, lembram a que ponto os jovens médicos homens foram solidários e às vezes mesmo se engajaram na causa das mulheres. Elas se opõem à barriga de aluguel e denunciam explicitamente a exploração econômica entre as mulheres.

Para um quinto grupo, a denúncia é um debate inútil; segundo elas, se a criança é feita por um homem, dois homens, uma mulher ou duas mulheres, ou sem homem, não importa, o que importa é a sociedade na qual a criança será criada. Elas constatarem que as mulheres são ainda hoje em dia submissas à sua biologia, e que as relações sociais são as bases do sistema de filiação que ainda favorecem os homens. Elas não reclamam de que as crianças sejam feitas por meio de técnicas sofisticadas que substituem a capacidade fecundante das mulheres. Mas refutam a caracterização das mulheres, antes de tudo, pela

sua especificidade biológica. Elas criticam o conteúdo ideológico do desejo de crianças e se colocam a lutar contra a medicina do desejo como redutora da identidade das mulheres. Interdizem o corpo médico de ser ele próprio o censor, que decide a validade de uma demanda. São as estruturas sociais onde se apóia o desejo que são criticadas, não o desejo em si mesmo.

Importa para nós, além de ter presentes essas diferentes posições políticas do movimento feminista, tomá-los como contrapontos para pensar nossa própria realidade e estar consciente da necessidade de levantar os aspectos que dizem respeito às tecnologias reprodutivas a partir do feminismo no interior do conceito de saúde reprodutiva. Isto nos permite dirimir a tendência de colocarmos no mesmo nível dos direitos todas as tecnologias reprodutivas conceptivas e contraceptivas, numa atitude minimizadora dos riscos para a saúde das mulheres. Mas ao mesmo tempo nos livra do “embotamento” que seria não olharmos algumas possibilidades desenvolvidas pela tecnologia e necessárias à vida humana. Se não podemos desconsiderar os interesses políticos e mercadológicos em jogo, contidos nos distintos graus de cada tecnologia, e o modo como são oferecidas, os meios e táticas que os programas de controle populacional colocam à disposição das mulheres no mercado, buscando a eficácia entre os custos-benefícios que tende a privilegiar os lucros, depreciando seus impactos sobre a saúde das mulheres.

E se não podemos esquecer, essa lógica que não incorpora as experiências das mulheres, que passam por tratamentos nem sempre de fácil acesso, tal como nos foi relatado pelos casais entrevistados. Havia um desconhecimento dos médicos sobre onde era possível fazer o tratamento. Isto condicionou muitos casais, que ficaram anos em tratamentos convencionais, avaliados posteriormente como indevidos e anti-éticos. Houve aqueles que ficaram esperando o término das reformas na clínica para poderem ser atendidos, e há os que foram submetidos a uma série de inseminações artificiais, avaliadas durante a entrevista como equivoco de tratamento ou como uma conduta suspeita. Não podemos igualmente, deixar de pensar como tudo isso é subjetivado e desejado pelos envolvidos nesses processos.

Para Scavone (1999), a contradição entre a conquista dos direitos de cidadania ligados à reprodução e a imposição de políticas demográficas controladoras usando tecnologias nocivas à saúde, abre caminhos, em especial nos países do Sul, onde as desigualdades são mais acentuadas, para que os direitos se transformem em deveres, retirando da luta por esses direitos seu sentido mais profundo - a politização, o domínio do corpo e a transformação das relações de gênero.

Segundo a autora, do direito à não-maternidade, como direito de anticoncepção segura, passamos ao dever do uso de uma anticoncepção segura, o que, em última instância, nos países do Sul significou esterilização feminina e/ou o uso de anticonceptivos pesados.

Nos países do Norte, a baixa taxa de fecundidade levou ao incentivo da natalidade e a uma valorização da maternidade, e as novas técnicas conceptivas oferecidas reforçaram essa política, buscando a possibilidade da procriação. A ampliação do consumo dessas técnicas se transformou rapidamente na única solução para a esterilidade, tornando-se socialmente impositivas, apesar dos seus altos custos, de seus impactos sobre a saúde e de uma taxa de êxitos proporcionalmente limitada, tal como verificado por Laborie (1996) e por Sommer (1999), entre outros. Em nossas entrevistas, os médicos falam de um êxito de até 35% quando se trata do uso da ICSI, 30% quando se trata da FIV e 16% quando se trata da inseminação artificial.

Outro aspecto refere-se aos custos, segundo Sommer (1999), nos Estados Unidos se calcula que um nascimento exitoso custa de U\$ 44.000 dólares até U\$211.940 dólares. Na Argentina, a informação disponível é de que custa entre \$U3.500 e 5.000 dólares. No Brasil, conforme verificamos na Folha de São Paulo de 21/5/00, os casais com dificuldades para ter filhos e que não podem pagar entre R\$ 8.000 e R\$ 10.000 por uma fertilização *in vitro*, têm que enfrentar uma triagem rigorosa nos poucos hospitais que prestam o serviço na saúde pública e ainda arcar com parte do tratamento. Além de atender apenas os casos considerados mais graves e com maiores chances de sucesso – no Hospital das Clínicas da UNICAMP o limite de idade das candidatas é de 36 anos – alguns desses hospitais não fornecem os medicamentos necessários, que correspondem a quase metade do valor do tratamento³⁴. Em nosso estudo, os casais se queixaram sistematicamente dos altos custos desses procedimentos, que segundo eles varia de 8 a 12 mil reais por ciclo. Um tratamento, antes de obter uma gravidez, não fica por menos de 40 mil reais, em média.

Nossos casais falam de um custo elevado, que é associado aos riscos e à ausência de garantias de eficácia, mesmo pelos que se submetem ao tratamento.

Esse último tratamento saiu numa faixa de R\$11.000,00. O primeiro saiu numa faixa de R\$7.000,00, o segundo eu acho que foi uns R\$9.000,00 por aí. É. Essa parte eu nem conto nada, só conto a questão mesmo da medicação. Porque pro meu marido

³⁴ Boletim Eletrônico da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, edição de 16 a 31 de maio de 2000. <http://www.ccr.org.br/html/ed16_a_31_05_2000.html>.

eles cobram R\$1.000,00 pra fazer, pra cortar, colher os espermatozoides e tem mais a medicação e eles lá cobram mais..., e vão cobrando, sempre tem, todo o ultra-som, mesmo eu tendo a Unimed, mas todo ultra-som que é feito lá tu paga, um tu paga R\$160,00, o outro tu já paga R\$60,00, esses ultra-som são feitos tudo particular, eles não aceitam... Eu vejo que há uma exploração, mais no caso é tudo tão moderno, é tudo que vem tão de fora a medicação, que eu só sinto que tem pessoas que não podem tentar isso e a gente, ainda tenta economizar tirar de um lado pra ir lá fazer isso, ter essa tentativa. Porque é muito importante, porque te frustra não conseguir ter um filho mas, por outro lado, se tu vai pra uma adoção, conforme for a tua sorte nessa adoção, pode ser uma má sorte, tu não vais te torturar tanto porque tu não tentaste ter os teus filhos, eu vejo por esse lado (entrevista 21, Mônica casada com Nando37).

O fato do sucesso das NTRc depender essencialmente das condições financeiras, é percebido como injustiça pelos entrevistados. Para os homens, em geral, pesam mais o investimento financeiro, o investimento em tempo e o investimento emocional. Eles têm uma postura mais crítica e mais afastada da experiência do envolvimento, do que aquela vivida pelas mulheres.

Acho que são poucas as pessoas que têm condições de buscar um tratamento. E tratamentos são muito caros. Acho que a maioria busca a adoção. Se for dividir as pessoas que têm um poder aquisitivo melhor e que vão buscar um tratamento, talvez o tratamento seja melhor. Mas o número de pessoas que buscam a adoção é muito grande. É bem maior. Eu vejo que a primeira coisa a influência da pessoa que adotou e está tendo dificuldade de educar a criança. Eu sempre invejo isso. E acredito que é mais por aí. Normalmente a maior exigência quanto à adoção é a idade. Todo mundo quer que esteja nascendo e vai lá e pega. Todo mundo sabe que isso aí é bem mais difícil também. Aqui no Brasil a cultura da adoção é difícil (entrevista 36, Dito casado com Tânia).

A ausência de cobertura desses tratamentos com recursos públicos, é interpretada como uma falha de reconhecimento do problema de infertilidade. Ao mesmo tempo, dizem não ser prioridade em um país tão pobre. Por outro lado, falar sobre o uso desse recurso nas NTRc e do dinheiro investido nelas é expressão de egoísmo, na crítica dos outros, ou ainda objeto de ironia que demonstra, em certo nível, punição e ressentimento social em relação ao estar investindo tanto dinheiro em um filho considerado socialmente tão caro.

É, exatamente...numa roda de cerveja, quando a gente está entre amigos. Mas, não tem nada a ver, tipo assim, esse pensamento, tem horas que a gente pensa, pois é, bebê de proveta é chique, só que é muito dinheiro. Como é bom ter dinheiro', essa brincadeirinha, tem muita gente que gosta dessa brincadeira. Eu tenho, por exemplo, um colega meu que fez dois bebês de proveta lá em Criciúma e quando eu falo com ele, ele diz é nosso, é natural. E eu sei que foi feito, foi feito em São Paulo. Mas, eu jamais vou confrontar com ele, nesse sentido eu o respeito, eu não brinco nessas circunstâncias, de jeito nenhum. Eu acho que é uma coisa muito particular, talvez porque eu passei por essa situação e a situação é difícil pra você, é uma coisa que a pessoa que não sente na carne, esse sentimento, que acha o seguinte "a pessoa que tem um bebê de proveta é por que é rico", não tem nada a ver. Você procura uma necessidade sua, na verdade você vai procurar, você está buscando no fundo do poço, quando você não tem mais jeito, naturalmente, você já procurou todos os

recursos naturais, todas as formas, tem que trocar isso, troca aqui, trocar por outro, fazer as coisas corretas, todas as coisas certinhas, se você não der jeito, você vai procurar o médico. Procura o médico, daí tem todos aqueles remédios, aquele negócio todo, todo aquele processo, daí chega um ponto que não deu, você vai procurar outros recursos, até chegar a um ponto que é o bebê” (entrevista 34/33, Ezequiel casado com Anita).

4. Por uma sociologia do risco nas NTRc

As NTRc poderão apresentar novas formas para pensarmos os significados dos riscos, aliadas, conforme afirmam Douglas e Wildavsky apud Guivant (1998), ao fato de que as escolhas das nossas instituições e de como queremos viver, levam a medos comuns diante dos significados dos riscos, assim como a um acordo implícito sobre o que não devemos temer. No caso das novas tecnologias reprodutivas, isso parece ser um aspecto importante, associado ao substrato cultural de gênero que ainda valoriza em demasia o papel da maternidade como vínculo de reconhecimento social, com todas as espécies de mitos que nele podem estar embutidos .

Logo, as escolhas estão “empapadas” pelo processo sociocultural que, segundo Douglas e Wildavsky (1983), dificilmente tem uma relação direta com o caráter objetivo dos riscos. Dessa forma, não só é impossível tratar o risco de modo neutro, caráter aliás assumido explicitamente no interior da luta feminista, mas igualmente é preciso considerar que o risco é, ou não, levado em conta, a depender dos interesses em jogo.

Da perspectiva das novas tecnologias reprodutivas, os interesses das instituições médico-hospitalares, dos laboratórios e das clínicas, são apontados como espaços de vinculação com a nova construção da engenharia genética e ligados à lógica mercadológica do consumo e da transferência biotecnológica. Segundo Rotânia (1999), o primeiro ponto que não podemos perder de vista é o de que a reprodução é, atualmente, o campo de transferência e aplicação dos conhecimentos biotecnológicos.

Esse caráter integral do enfoque é o que tem permitido, segundo a autora, tornar visível que se trata de um projeto cultural tecnológico da vida humana e da natureza e ampliar a percepção das implicações das decisões sobre a vida. A associação de todos os atos reprodutivos, permite ainda visualizar os aspectos que constituem novidades radicais no modo de conhecer e atuar contemporâneos e que, de alguma maneira, indicam a necessidade de revisar os valores fundantes da ação humana, como eles se coadunam, rearticulando o processo sociocultural ao processo sociotécnico, como interagem entre si, ao mesmo tempo em que um é o outro e vice-versa.

O binômio natureza e cultura, para Rotânia (1999), e conforme será posteriormente tratado, constitui a base sobre a qual se instaurou a crítica ao determinismo biológico que associava a mulher à natureza. Essa crítica à ideologia da naturalização exigiu um sistema de referências marcado pelo culturalismo, que significou dar ênfase à capacidade humana de domínio sem limites, da natureza. As NTRc recolocam a questão da natureza e da ciência e exigem novas reflexões.

Esses pontos vêm imbricados aos princípios tradicionais das análises do conhecimento e da ação, baseados em uma visão cartesiana de ciência em que contam as partes isoladas para formar o todo. E, nesse sentido, o risco também adquire uma abordagem, como diria Guivant (1998), baseada na estimação, comunicação e administração. Se superarmos o campo da reflexão feminista, que tem abordado fundamentalmente contracepção, e pouca associação tem realizado entre NTRc e as características das tecnologias de ponta, bem como com o campo da manipulação genética, que, segundo Rotânia (1999), tem sido focado de forma desarticulada dos problemas relativos à esterilidade e às decisões médicas, talvez possamos criar as condições para uma reflexão abarcadora das implicações das vontades que a humanidade imprime à natureza como um todo e a si mesma.

Isso, por um lado, poderia ampliar a compreensão do próprio movimento feminista, mas, por outro, tornaria ainda mais complexa sua luta política, já tão árdua. Porém, ainda permanecem as questões de gênero no amálgama desses campos. Fazer bebês em laboratório muda a condição da mulher? É possível que um olhar atento sobre a tecnociência da reprodução identifique o apagar dos direitos vitais em favor dos direitos do poder.

Para Rotânia (1999), a reprodução tecnológica, aliada à genética e à biologia molecular, transforma também acontecimentos de natureza ética e existencial em instrumentos técnicos que, hipoteticamente, descontaminam a vida humana de seu caráter dramático intrínseco.

A partir dos aspectos que aqui são apresentados como decorrentes da tecnociência, consideramos que há uma transformação das reais possibilidades da vida. Dentro desse contexto, podemos até mesmo antecipar a destruição da vinculação entre o corpo feminino e a reprodução, por meio da clonagem e do desenvolvimento da engenharia genética. No limite, teríamos criado um mundo de criaturas híbridas, como o descrito por Haraway (1995), o mundo dos cyborgs.

Pode-se até dizer que agora chegamos ao auge da racionalização da vida e que tudo isso se deu sob a forma de escolhas racionais, fruto do grande investimento tecnológico ocorrido no engendramento de nossa sociedade. Assume-se assim uma postura utópica liberal, que deriva da cosmovisão de modernidade em que a natureza é projetada matematicamente, segundo o modelo reducionista-mecanicista de base cartesiana, em um contexto em que os corpos naturais, o mundo e a própria sociedade se transformam em uma grande máquina. Podemos levar até às últimas conseqüências a idéia de que as NTRc e as tecnologias genéticas eliminam as desvantagens biológicas reprodutivas das mulheres (esterilidade, por exemplo) e possibilitam a realização do desejo individual, ao mesmo tempo em que outorgam domínio e controle sobre o corpo. Nesse caso, o corpo e a capacidade reprodutiva, que se encontram submetidos à vontade e à razão do sujeito, são transformados em objetos de controle. A mídia transforma o domínio médico em senso comum.

Nesse aspecto, as NTRc são interpretadas como novas possibilidades relativas ao progresso da ciência e da tecnologia, ampliadoras da esfera dos direitos reprodutivos agregados ao exercício da livre maternidade, ou seja, da legítima reivindicação da administração autônoma da fertilidade. Configura-se, desse modo, uma base valorativa apropriada para uma ética da possibilidade vinculada à idéia de irreversibilidade do progresso, em que tudo é possível de ser olhado, mesmo que dentro dos limites do cumprimento de algumas obrigações sociais, como o respeito, a autonomia e o consentimento informado das mulheres. É o que nos diz Munford, (1934, p. 24):

Por más que la técnica descansa en los procedimientos objetivos de las ciencias, no forma un sistema independiente, como el del universo: existe como un elemento de la cultura humana que promueve el bien o el mal según que los grupos que la explotan programen el bien o el mal. La máquina misma no tiene exigencias ni fines: es el espíritu humano el que tiene exigencias y establece finalidades. Para reconquistar la máquina y someterla a los fines humanos, primero hay que entenderla y asimilarla. Hasta ahora hemos adoptado la máquina sin entenderla por completo, o como los más pobres románticos, hemos rechazado la máquina sin ver primero hasta qué punto podíamos asimilarla de forma inteligente.

É este o universo ético de cunho normativo e regulamentador, em que se inscrevem as perspectivas da liberação e do bem-estar femininos. O corpo é reapropriado por meio da crença de que terá possibilidades crescentes para superar

seus limites, ocorrendo, como diria Bordo (1997), um conluio crescente entre o sujeito produtor de si mesmo e os agentes culturais no interior da sociedade³⁵.

Quando a ciência se apodera dos homens e mulheres, dos seus corpos e do segredo de sua filiação ou de sua descendência, toda referência ética se converte em tema de interrogação (MELLADO, 1999).

A ciência abre possibilidades inéditas, devidas, principalmente, a essa intervenção artificial nos corpos, por parte da medicina. Isto é vivido por aqueles que reclamam o direito ao filho inteiramente próprio, ao filho verdadeiro, ao filho desejado, como algo novo. Desse modo, reforça-se o valor do vínculo biológico frente ao social, ao mesmo tempo em que essa vertente liberal gera uma grande negligência em relação à percepção de diferenças e mudanças qualitativas tecnológicas radicais e da contemporaneidade (a clonagem).

O desafio que persiste para a consolidação conceitual e prática dos direitos reprodutivos estabelece-se no questionamento do forte legado dessa base (individualista e liberal) da modernidade, que iguala, ontologicamente, o dizer não à maternidade imposta, com o dizer sim à maternidade tecnológica, e a naturalização das diferenças sociais e a remodelação cultural da natureza (ÁVILA, 1999).

Essa paradoxal situação afirma o individualismo e o conservadorismo. O retorno à “ficção biológica” e à procriação, pode reforçar, em certa medida, de uma parte, as tendências etnicistas, inclusas as racistas, por causa das discriminações; de outra parte, o individualismo próprio das sociedades industrializadas, o que leva em si, oculta, a reivindicação da realização de velhos fantasmas, tanto por parte dos casais que demandam um filho biológico, como por parte dos cientistas e médicos.

Pensamos que a dimensão do risco nesse contexto aparece, conforme descrito por Guivant (1998), no interior do comportamento tipo burocrático, que se dá, nesse caso, colado aos sistemas tecnológicos de saúde, nos sistemas médicos e na sociedade, entendida como a que assume os valores propostos.

Ao mesmo tempo, essas opções se pautam em decisões universais de tipo mercadológico. A crença na proteção gerada no interior desses procedimentos é dada pela credibilidade dos peritos no sistema tecnológico e no sentimento de que a humanidade atingiu um grau de desenvolvimento incomparável; logo, ela estaria preparada para resolver os eventuais impasses do sistema.

³⁵ O corpo nos é apresentado não apenas como agente da cultura ou como forma simbólica. É também o lugar prático, direto, do controle social (pela prática automática e habitual a cultura se faz corpo) - colocado “além do alcance da consciência” - inatingível pela transformação voluntária e deliberada.

A visão dissidente dessa forma hierárquica e individualista de organização que, segundo Guivant, é chamada por Douglas e Wilavisky (1983) de “sectarismo racional”, para nós seria o movimento feminista, se tomado como homogêneo e redutor. Se pensado apenas como crítico, as novas tecnologias reprodutivas como barreiras para a organização social das mulheres e como aquele que convoca para combater todas as formas de decisão racional sobre o corpo, cuja vontade de transformação se exerce no controle e no domínio da animalidade (corporalidade), sem reconhecimento da existência de nenhum obstáculo ontológico para o exercício ilimitado da liberdade humana.

Então teremos que considerar as condições colocadas em ação num ato médico, quando ele toca a reprodução da espécie e a sexualidade, dentro do contexto de uma sociedade ainda em grande medida patriarcal, dominada pelo lucro, onde a esterilidade é muito mal suportada. Aí a tecnologia contém os scripts correspondentes ao que se espera dela, que é parte de uma seleção societal e cultural que carrega seus significantes (KIREJCZYK, 2000).

Segundo essa autora, as imagens dos usuários futuros e do contexto societal, projetadas pelos designers, incluem pressupostos culturais sobre as diferenças entre masculinidade e feminilidade. No caso da FIV, ela envolve objetos materiais (tal qual instrumentos médicos, medicamentos, meios químicos), procedimentos (tais como protocolos de estimulação ovariana, prescrição de manipulação de gametas e embriões, julgamentos individuais e coletivos), além de questões sobre quem deveria ser tratado com FIV e quando começar um tratamento, bem como quando parar. Também se deve tomar em conta o conhecimento tácito médico, a embriologia clínica e os diferentes argumentos, as diferentes decisões na avaliação dos embriões e dos gametas apropriados para o uso durante a FIV. O uso do projeto sociotécnico requer laboratórios bem equipados, especialidade médica e a social aceitação da intervenção no processo de concepção.

Ainda, se olharmos o tipo de usuário que está sendo descrito na FIV/ICSI, observamos a total confusão do quadro também em nosso estudo. À primeira vista, mulheres com bloqueio de trompas de Fallopiun são as mais óbvias candidatas como usuárias da FIV. Entretanto, se alguém considera mais restritamente a pressuposição sobre os usuários virtuais inscritos em FIV, eles rapidamente se tornam abstratos e baixa a ebulição para a boa vontade da mulher e do homem para produzir gametas adequados à fertilização e a boa vontade das mulheres para ter um embrião implantado.

Nessa vertente permanecem desafios, como a necessidade de responder de modo imediato aos problemas já apontados. Desse ponto de vista, a idéia de que a técnica

é neutra, de que as NTRc em si mesmas não são boas nem más, e a perspectiva do bom ou mau uso, caem por terra. A tecnologia perdeu sua neutralidade, na medida em que está essencialmente imbricada com o conhecimento científico e os determinantes do sistema produtivo. Ela constitui-se como um sistema complexo e comprometido, que se outorga valor e arrasta atrás de si o ser humano, transformando-o em sujeito e objeto de remodelação. A partir dos critérios da razoabilidade, imparcialidade, equilíbrio e bem-estar integral das mulheres, a vertente da consciência e dos limites, segundo Rotânia (1999), uma segunda postura possível diante do risco desconfia do ufanismo exacerbado da perspectiva liberal e do cientificismo predominante.

A necessidade de cautela estimula a busca de mecanismos, técnicas e estratégias de controle de procedimentos e enfoques analíticos. Porém, nessa abordagem, esquece-se de olhar com maiores detalhes os pressupostos da modernidade, as premissas originais do feminismo relativas às idéias de natureza e cultura como pivôs da mudança do paradigma da exclusão, sempre que são tomados em conta os possíveis riscos para a saúde integral e os perigos das novas distorções.

A crítica à sociedade de risco como uma sociedade auto-crítica não é suficiente. O interior das práticas de denúncias do risco traz um conflito fundamental que caracteriza a sociedade e que se coloca no bojo do velho ordenamento da sociedade industrial, como apropriação da natureza. Segundo Beck (1996), tal conflito se refere às contradições ideológicas, culturais, econômicas e políticas, agrupadas e perfiladas, umas frente às outras, em torno da dicotomia “seguro-inseguro”. A questão muito bem colocada pelo autor é : ou se combate a imprevisibilidade e a desordem produzidas pelo modelo da racionalidade teleológica com os procedimentos da velha sociedade industrial (más técnicas, mercados, Estado), ou se começa aqui uma maneira de pensar e atuar distinta, que aceita a ambivalência com todas as conseqüências de grande alcance para o conjunto e domínios da ação social .

Essa perspectiva só é possível, segundo ele, quando abandonamos a ótica da ordem, a visão unidimensional da racionalização ocidental e nos preocupamos com a própria reflexão científica, colocando no centro do social o ambíguo, o incerto, o contingente e o contextual, assumindo uma postura reflexiva.

Para o movimento feminista em geral, não é possível abandonar a reflexão sobre as NTRc e TGM no interior do ordenamento da sociedade industrial globalizada, porque é exatamente da consideração do seu caráter consumista, lucrativo

e de suas contradições e exclusões, que ele extrai sua energia de luta. A civilização do risco se dá exatamente no interior dessa lógica, não há outra. E no interior do mesmo processo de modernidade, conforme Giddens (1991).

As NTR e TGM estão levando ao questionamento valorativo do projeto de civilização cientificista contemporânea. Constroem-se sérias dúvidas sobre a idéia de progresso inevitável da tecnologia da vida como um *continuum* indiferenciado da técnica, veículo de liberdade e autodeterminação humana, a partir da concepção unilateral do ser humano como fim último e da natureza privada de dignidade e valor. “Somente a modernidade aplica a reflexividade a todos os aspectos da vida humana, inclusive a reflexão tecnológica no mundo material” (GIDDENS, 1991, p. 45).

Nesse sentido, cremos que o movimento feminista concordaria com a afirmação de que “nenhum conhecimento sob as condições da modernidade é o conhecimento no sentido ‘antigo’, em que conhecer é estar certo” (GIDDENS, 1991, p. 46). Porém este conhecimento permanece ainda um tanto recrudescido diante do processo de exclusão promovido pela “vitória da modernização ocidental”, que, para Beck (1999), significa primeiro a desincorporação e, segundo, a reincorporação das formas sociais industriais por outra modernidade.

O movimento feminista, principalmente o de primeiro e de segundo tipo, conforme tratado por Bataille (1990), vê ruir diante dos avanços tecnológicos, os pressupostos sobre os quais havia embasado sua luta, ao mesmo tempo em que novas formas de sociabilidade questionam os papéis de pai e mãe, parentesco e filiação, exigindo uma postura de compreensão e coerência diante dos novos contextos, envolvam eles narrações bibliográficas, estilo de vida, interação dialética entre local e global, sistemas abstratos, diversidade de opções, transformação da intimidade ou reflexividade de si, que, para Giddens (1996, p. 41), afeta tanto os processos psíquicos como o corpo:

O corpo é cada vez menos um ser que funciona fora do inteiro dos sistemas referenciais da modernidade, porém passa a ser mobilizado reflexivamente. O que pode aparecer como um movimento sistemático e global referido ao culto narcisista da aparência corporal é a expressão de uma preocupação mais profunda por ‘construir’ e controlar o corpo. (...) nas esferas da reprodução biológica, na engenharia genética, nas intervenções cirúrgicas, ele se converte em um fenômeno de possibilidades e opções. Há uma conexão integral entre o desenvolvimento corporal e o estilo de vida. As tecnologias reprodutivas e a engenharia genética, são partes de processos mais gerais da transmutação da natureza em um âmbito da ação humana.

A ciência, a tecnologia e a experiência jogam um papel fundamental no que o autor denomina “sequestro da experiência”. A idéia de que a modernidade está vinculada a uma relação instrumental com a natureza e de que a perspectiva científica exclui as questões da ética e da moral, são bastante familiares. No interior do pensamento feminista, elas vêm coadunadas à constatação do processo de exclusão. As NTRc e genéticas, segundo Rotânia (1999), se colocadas no contexto valorativo da tecnociência da vida, são um banco de objeções radicais, que provêm da preocupação com o futuro da singularidade da espécie humana e da natureza como um todo. Não em termos de riscos calculados, mas no sentido do empenho para obter uma mudança do paradigma ontológico, no qual o significado das relações entre homens e mulheres e destes com a natureza e a cultura, devem ganhar uma qualidade valorativa diferenciada, a partir da qual podem ser recontextualizadas as concepções de natureza e cultura, o conhecimento da técnica, a identidade de homens e mulheres, as idéias de liberdade e autonomia, igualdade e diferença.

Apesar de tudo, a repressão das questões existenciais não é completa na modernidade tardia, onde os sistemas de controle instrumental se desmascaram com nitidez e as conseqüências negativas são mais patentes, aparecem muitas formas de contra-reações. Se faz cada vez mais evidente que as opções diferentes de estilos de vida, dentro do emplaçamentos de interações locais - globais, afetam as questões morais e não podem ser deixadas de lado (GIDDENS, 1996, P. 43).

A vertente ética da consciência da finalidade, tal qual apresentada por Rotania (1999), contradiz a inexorabilidade do progresso técnico-científico, posto em favor da igualdade e da liberdade, como predicados absolutos dos indivíduos no contexto do niilismo contemporâneo. Ela requer um esforço para repensar os conteúdos dos processos de exclusão e de superação. Essa constatação estimula a busca de uma qualidade valorativa diferenciada. Como entender a liberdade em contextos que exigem limites para a ação humana?

Para Giddens, parece estar surgindo a política da vida relacionada com a auto-atualização humana no âmbito do individual e do coletivo – surge da sombra que a política emancipatória projetou.

A reflexão sobre as NTRc e TGM já se insere na vida cotidiana dos indivíduos e tem a ver com a segurança ontológica dos seres. Segundo Giddens (1996), responder à pergunta mais simples ou responder ao comentário mais superficial, exige colocar entre parênteses uma série quase infinita de possibilidades abertas ao indivíduo. O que

fará a resposta apropriada, ou não, é o horizonte compartilhado da realidade, que pode ser ao mesmo tempo robusta e frágil. Intercâmbios com pessoas e objetos no contexto da prática diária, constituem a condição necessária do que pode ser dito e dos significados implicados na consciência prática, ou o que chamamos, inspiradas em Pharo (2001), de problemas práticos. Apropriar-se da realidade externa, portanto, é um caminho de realidade mediada. O corpo, então, encontra-se, segundo o autor, em risco constante, inclusive nos ambientes mais familiares.

A condição para a manutenção das conexões entre as práticas diárias e as aparências normais é a confiança, tal qual desenvolvida como ausência no tempo e no espaço, que pressupõe informação plena. cremos que aqui reside uma das mais importantes críticas feministas às NTRc, qual seja, a da ausência de informação plena. As NTRc também não podem ser tratadas como contingentes, porque pressupõem riscos presentes e futuros, alguns dos quais já descritos, e que envolvem com toda certeza a integridade corporal, a não maleficência e justiça.

Do mesmo modo, para o feminismo, as NTRc e TGM não respondem às necessidades subjetivas das mulheres e, embora organizem grandes áreas do ambiente material e social, não é possível para a maioria delas, a oportunidade de escolha e a certeza do funcionamento apropriado. Para nós além disso, há que se ter em conta que os direitos têm sido interpretados, como atributos dos indivíduos, faltando por vezes, as responsabilidades recíprocas para uma sociedade justa. Isto implica também em segurança, o que não significa apenas estar livre de doenças, mas de abusos, dentre eles, a ausência de coação.

Quando se postula o argumento da construção social de todas as formas de conhecimento e, com maior segurança, das formas científicas, nenhuma perspectiva interna é privilegiada, já que todas as fronteiras internas/externas do conhecimento são teorizadas como movimento de poder, não movimento em direção à verdade. Segundo Haraway (1995, p. 10-11):

todo conhecimento é um nóculo condensado num campo de poder agnóstico, (...) as entidades científicas do final do século vinte - vetores de infecção (micróbios, partículas elementares [quarks] e códigos biomoleculares [genes] não são objetos românticos ou modernistas, com leis internas de coerência. Elas são traços momentâneos focalizados por campos de força, ou são vetores de informação numa semiose mal corporificada e altamente fugaz, ordenada por atos de reconhecimento e de mau conhecimento.

Ainda, conforme Haraway, o problema que se coloca para o feminismo é o de como ter, simultaneamente, uma explicação da contingência histórica radical sobre todo conhecimento postulado e todos os sujeitos cognoscentes, numa prática crítica de reconhecimento de nossas próprias “tecnologias semióticas” para a construção de sentido, e um compromisso a sério com explicações de um mundo real.

Portanto, nos ataques politicamente engajados feitos a vários empirismos, reducionismos ou outras versões da autoridade científica, a questão não deveria ser relativismo e sim posição (HARAWAY, 1995). Conhecimentos locais também têm de estar em tensão com as estruturas produtivas que obrigam traduções e trocas desiguais, materiais e semióticas, e obrigam a encarar o lugar particular como um mapa de tensões, ressonâncias, transformações, resistências e cumplicidades. Buscar, portanto, as interfaces, as metáforas e as maneiras de entendimento e de intervenção nos padrões de objetivação do mundo. No interior desse processo encontramos modos de apreciar simultaneamente ambos, o aspecto concreto, “real”, e o de simiose e produção no que chamamos de conhecimento científico. Desse ponto de vista, segundo Haraway, é preciso assumir uma posição a favor de políticas e epistemologias de alocação, posicionamento e situação, nas quais parcialidade e não universalidade é condição para ser ouvido nas propostas a favor do conhecimento racional. Esse conhecimento racional feminista não tem a pretensão do descompromisso, de pertencer a todos os lugares e, portanto, a nenhum, de estar livre da interpretação, da representação, de ser inteiramente autocontido ou inteiramente formidável.

O conhecimento racional é um processo de interpretação crítica contínuo entre “campos” de intérpretes e decodificadores; é uma conversa sensível ao poder. Faz-se necessária uma postura de decodificação e transcodificação, mais tradição e crítica. O único modo de encontrar uma visão mais ampla é estando em algum lugar em particular. Saberes localizados requerem que o objeto do conhecimento seja visto como um ator e agente, não como uma tela, um terreno ou um recurso, e, finalmente, nunca como um escravo do senhor que encerra a dialética apenas na sua agência e em sua autoridade de conhecimento objetivo. Nesse sentido, para além da confiança em sistemas peritos, conforme proposto por Giddens, coloca-se o problema de quem os controla. A ciência nos últimos anos vê-se obrigada a ampliar o grau de diálogo com diferentes setores da sociedade, além de aumentar o número de rachaduras internas, demonstrando suas próprias contradições. A noção de riscos aceitáveis, riscos reduzidos a um ponto satisfatório pelo sistema perito, na prática não pode garantir que todas as

mulheres sairão ilesas das experiências. Há que se tomar, portanto, uma postura de maior amadurecimento do significado social e ético dessas intervenções e sobre suas possibilidades de mudar de modo irremediável a singularidade humana (dos homens e mulheres das gerações futuras).

Na modernidade, encontramos o abrigo do conflito transformador da condição feminina. Por outro lado, a igualdade ambicionada pelas mulheres era de serem, formalmente, iguais aos homens. Não estava presente aqui uma crítica da desigualdade enquanto componente das relações sociais baseadas na dominação de sexo que moldam as identidades e papéis de gênero, hierarquizando-os e, nesse sentido, definindo que na diferença um é maior e a outra é menor. Portanto, reivindicar a igualdade como meio de chegar no lugar do outro que já era, por definição, superior, contém em si uma antinomia em relação ao seu sexo.

É certo que muitos avanços foram feitos no sentido da busca da igualdade. E dentre algumas propostas e tentativas de superação das desigualdades, podemos citar proposições afirmativas considerando as mulheres e os homens como equivalentes - jamais iguais.³⁶ Ou ainda, as que pensam distinguir o respeito à diferença, da tolerância universal, por entender que esta encobre práticas perversas, justificadas pelo apelo à diferença cultural que encontra suporte na idéia de que a cultura se autojustifica³⁷. Ainda há o princípio da autonomia, caro tanto ao movimento feminista, como a outras ciências como a bioética, de uma forma geral, que ampliou o debate e a compreensão de que se não for aplicado em um contexto de igualdade entre as partes em conflito pode transformar-se em um conceito carente de sentido, uma vez que a referência ao indivíduo, descontextualizada de sua biografia social, é vazia, ou pode transformar-se em uma arma contra aqueles a quem busca proteger.

Por outro lado, o fato de demonstrar que os significados de macho e fêmea não se baseiam em diferenças naturais, impulsionou a exploração das maneiras em que esses significados se articulam com outras desigualdades, supostamente estruturadas por outras diferenças. Levou-nos também a perguntas fundamentais sobre a naturalização da

³⁶ Equivalência é a potencialidade humana de ambos, marcada por uma diferença que deve ser cultivada como uma multiplicidade de formas sociais mais amplas que não transforma as assimetrias transitórias em hierarquias permanentes. Dentro desta ótica, o anormal não é a exceção que confirma a regra, mas um elemento da realidade, com valor intrínseco, expressão da diversidade social. Propõe-se, assim, a diferença como dado e não como valor, não só entre os gêneros, mas também no seu interior, negando o falso universalismo dos estereótipos sexuais, o que leva a enfrentar um discurso sobre a ética e a estética da diferença.

³⁷ Sugestão de imposição de limites à diferença cultural é o da mutilação genital.

desigualdade e a naturalização da distinção de gênero, conduzindo-nos ao exame crítico das fronteiras entre gênero e outras categorias de diferença.³⁸

Permanecem porém ainda outros processos em resposta. E um deles diz respeito aos princípios igualdade, diferença e liberdade. Quando pensamos em movimento feminista, pensamos particularmente em igualdade. A liberdade é uma consequência lógica da superação das dominações. Logo, a liberdade aparece como complemento do princípio de igualdade, que é oposto ao princípio de diferença. Portanto, a ligação entre os dois termos, igualdade e diferença, é política (FRAISSE, 1995), sancionada pela palavra paridade, que torna possível seu fundamento histórico.

Tanto a busca do movimento feminista, quanto sua ação política, cruzou a igualdade com a diferença, a política com a ciência. A igualdade está no princípio da reflexão política, a diferença dos sexos no princípio do trabalho epistemológico. Se este permanece ligado, segundo Fraisse, temos que constituir o par filosófico identidade-diferença, podendo a igualdade³⁹ tomar o lugar de identidade diante da diferença (visão etnocêntrica)⁴⁰. Permanece, porém, neste caso, a descoberto, a questão da liberdade, pois é em virtude da diferença que a liberdade das mulheres é negada ou contestada. Alguns atos de liberdade não são atos de igualdade.

Portanto, os debates sobre a igualdade dos sexos devem hoje se reunir às exigências da liberdade das mulheres (FRAISSE, 1995). As apostas da democracia balançam quando a ameaça se dá sobre a liberdade. A discriminação desmente o princípio da igualdade baseado na identidade dos seres, a violência desmente o princípio de liberdade em nome da diferença dos seres. A violência se exerce sobre o corpo. Para a mulher, historicamente, o atentado ao corpo tem sido o atentado ao sexo. Sua liberdade está associada à existência de seu corpo, assim como a evidência de toda a diferença sexual. Portanto, a igualdade dos sexos remete mais à nossa razão, a identidade da razão humana entre homens e mulheres designa a incontornável diferença.

³⁸ Yamgisako, Silvia: Delaney, Carol 1995, apud Piscitelli, 1998.

³⁹ Igualdade da qual falamos e que está presente nas falas do feminismo é a igualdade com ênfase jurídica, seja o combate à discriminação, na igualdade de direitos, na responsabilidade e oportunidade para a participação da mulher no desenvolvimento, na qualidade de beneficiária e agente ativa. Igualmente significa igualdade de oportunidades e de obter os direitos negados.

⁴⁰ Para superar o paradigma que toma o homem como ponto de referência universal, surge, conforme (ABRAMONAY 1995), o tema da equidade = igualdade de oportunidades, respeito pelas diferenças entre homens e mulheres e pelas transformações das relações de poder que se dão na sociedade em nível econômico, social, político e cultural, assim como a mudança das relações de dominação na família, na comunidade e sociedade em geral.

Essa igualdade tem levado as mulheres a pensar em princípios éticos mais amplos, particularmente quando se trata do seu corpo, no seio da discussão sobre direitos sexuais e reprodutivos. E aqui nos reportamos aos princípios éticos delineados por Petchesky e Corrêa (1996), como componentes inegociáveis: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade.

O princípio da igualdade se aplica aos direitos sexuais e reprodutivos, em duas esferas principais: as relações entre homens e mulheres (sistema de gênero) e as relações entre mulheres (condições como classe, idade, nacionalidade e outras). Considerando que historicamente as mulheres sempre foram relegadas a esferas sociais inferiores, privadas de direitos e imbricadas diretamente com a reprodução, é preciso conceber os direitos a partir da leitura das relações de poder. No nosso caso, estão em jogo o acesso às NTRc, informações suficientes, conhecimentos sobre os riscos, o custo do “tratamento”, a igual partilha na esfera reprodutiva,⁴¹ e no que se refere à desigualdade de oportunidades no exercício da decisão reprodutiva⁴².

O princípio de igualdade, portanto, não pode ser aplicado numa perspectiva universalista abstrata. Faz-se necessário reconhecer que direitos, aspirações e demandas variam segundo classe, cultura, raça, etnia e até segundo o contexto das problemáticas envolvidas.

2. O princípio da diversidade – implica admitir que certas práticas que nos parecem abusivas e bárbaras, em certos contextos culturais específicos são interpretadas e vividas de outra maneira. No entanto, esse esforço de reconhecimento do outro, da diversidade cultural e religiosa, esse compromisso com o diálogo através da diferença, não deveria significar um deslizamento na direção do relativismo cultural absoluto.

3. Autonomia pessoal - quando tomamos por base o conceito de gênero, então o termo autonomia pessoal assume um significado crítico. As mulheres devem ser ouvidas e

⁴¹ O aborto é um exemplo paradigmático, se proibimos o aborto é preciso também que as constituições passem a incorporar a responsabilidade masculina com relação à fecundidade. Por ora, em todas as constituições do mundo nas quais o aborto é ilegal e criminalizado, a legislação penaliza as mulheres. Em lugar nenhum os homens são penalizados pelo abortamento ilegal “cometido” pelas mulheres que eles engravidaram, exceto nas situações em que estiverem diretamente envolvidos no procedimento, em caso de flagrante delito. Um segundo aspecto a ser considerado, neste caso, é que, no Brasil, o aborto por decisão própria é, em princípio, ilegal e criminalizado, independentemente da condição social da mulher. Entretanto, na realidade jurídica e social penaliza-se, de fato, as mulheres pobres. A maioria dos processos de punição da prática que chegam a termo, envolvem mulheres das classes populares e, sobretudo, são as mulheres pobres que experimentam as seqüelas de saúde mais graves resultantes da clandestinidade das práticas abortivas.

⁴² Hoje se reconhece que a disseminação dos meios anticoncepcionais no país obedeceu a uma lógica de classe e raça, implicando em diferenças flagrantes de qualidade no que se refere tanto ao acesso quanto às características dos métodos anticoncepcionais, que foram absurdamente discriminatórias.

respeitadas como sujeitos humanos, habilitados a tomarem decisões, e sobretudo decisões éticas. Sabemos, por meio de várias pesquisas, assim como por meio da experiência cotidiana, que esse é um dos princípios mais desrespeitados quando se trata dos direitos universais e dos direitos sexuais e reprodutivos em particular.

4. O último fundamento diz respeito à integridade corporal. É preciso ter integridade corporal para ser uma pessoa, um sujeito de direitos. A integridade corporal implica direitos afirmativos para usufruir inteiramente de seu potencial corporal.

No presente, esse debate está sendo ampliado, para se pensar uma visão alternativa positiva dos direitos sexuais. Petchesky (1999) sugere que eles sejam pensados a partir de dois componentes integrais e interligados: um grupo de princípios éticos (a substância ou a finalidade básica dos direitos sexuais) e uma ampla gama de condições capacitantes. Os princípios éticos por ela apresentados incluem a diversidade sexual, a diversidade habitacional (as diversas formas de família), a saúde, a autonomia para tomar decisões (autonomia como pessoa) e a equidade de gênero.

Considerando a experiência francesa, que nos permite pensar a mudança dos conteúdos bioéticos relativos à reprodução assistida e as diferentes posições feministas, observamos que estas posições partiram, em todos os momentos, de necessidades práticas ligadas aos diferentes princípios bioéticos feministas.

Diante das NTRc, as reflexões anteriores nos levam a crer que liberdade e a responsabilidade das escolhas do presente, problematizam o princípio da autonomia dos indivíduos sobre o que “deve” e “pode” ser escolhido. Problematizam-no igualmente, no que diz respeito ao seu aspecto ligado à justiça inclusiva. Isto porque, exercer autonomia de escolha, embora seja um direito de todos, não é à todos permitido, pela ausência de condições capacitantes, (no caso da reprodução assistida porque falta efetivamente dinheiro). Ainda, no que nos parece ser o mais fundamental para quem pode pagar o tratamento, diz respeito à igualdade de gênero. Essa parece ser uma barreira intransponível: a reprodução e suas responsabilidades, focada sobre o corpo feminino.

Deste modo, compromete-se igualmente, o princípio da integridade corporal, porque ao mesmo tempo que a busca pelo filho significa um exercício de direito, expõe sem partilhar, ou com partilha mínima, a mulher a todas as formas de riscos, conforme trataremos no capítulo VI.

Romper a lógica do mercado, das desigualdades de gênero, e do puro cientificismo, para construir reais possibilidades de escolha, de controle dos procedimentos e de enfoques analíticos que permitiriam amadurecer as ambivalências e as suas conseqüências, parece ser um “consenso ” na literatura que consultamos. Resta saber, se este posicionamento não carece ainda de postura reflexiva, sobre o como fazer, e se a ausência de posição pública, não está permitindo que a “aparência de normalidade” dê lugar aos mais perversos efeitos do poder.

A constituição do binômio sexo/gênero, a paternidade, maternidade e filiação a partir dos pressupostos teóricos suscetíveis de iluminar e iluminar-se no contexto das NTRc, serão os aspectos desenvolvidos no próximo capítulo.

Capítulo III

Gênero e Reprodução Assistida: paternidade, maternidade e filiação

1. Binômio Sexo/Gênero

Tomadas em conta as questões anteriores, delineadas em ética/bioética e feminismo, deparamo-nos, de ora em diante, com as teorias de gênero que nos permitem aproximar os conteúdos éticos/bioéticos de outro campo disciplinar, não como conhecimento acabado, mas como questão teórica subjacente às NTRc. Gênero para nós é tanto uma perspectiva analítica, quanto uma perspectiva empírica, uma vez que o binômio sexo/gênero, se fragilizado em sua fixidez, poderá igualmente nos permitir repensar os dualismos que o constituíram. A perspectiva analítica, toma em conta o que já foi construído como categoria de análise gênero em sua contextualidade e relacionalidade, e, a perspectiva empírica, toma em conta que o contexto relacional do “objeto” investigado, se olhado por uma perspectiva de gênero, poderá oferecer novos elementos, capazes de mostrar mudanças e permanências neste campo de estudo, bem como, novas interfaces e novas ambigüidades. Desse modo, a própria categoria analítica gênero, se refaz continuamente e poderá ganhar ela própria, novos conteúdos e novas possibilidades, como instrumental analítico aplicado às novas situações.

Os estudos de gênero têm uma tradição interdisciplinar resultante de um processo de desconstrução teórica, que se desenvolve no interior de vários campos disciplinares. Nesse sentido, é preciso considerar o modo como o conceito de gênero foi se constituindo e quais são as suas bases teóricas e suas dimensões conceituais. Desnaturalizar hierarquias de poder baseadas nas diferenças de sexo, tem sido um de seus eixos centrais, segundo Citeli (2001). Em suas próprias palavras:

Estabelecer a distinção entre os componentes – natural /biológico em relação a sexo e social/cultural em relação a gênero foi, e continua sendo, um recurso utilizado pelos estudos de gênero para destacar essencialismos de toda ordem que há séculos sustentam argumentos biologizantes para desqualificar as mulheres, corporal, intelectual e moralmente (CITELI, 2001, p.132).

Para nós, interessa compreender como se dá esse processo nas ligações entre os campos das ciências sociais e das ciências biológicas, particularmente no que diz respeito aos conceitos de natureza e cultura, bases sobre as quais constroem-se também um entendimento de gênero e sexo como categorias dicotomizadas, em que o feminino está mais próximo da natureza e o masculino da cultura. Gênero passa a ser uma construção que se dá a

partir da cultura e que gera novas dicotomizações em relação aos homens e às mulheres, enquanto sexo permanece sendo um atributo biológico essencializado.

Segundo Citeli, desde 1970 muitos estudos adotaram o binômio sexo/gênero. Sexo sempre atribuído à categoria biológica (natureza), enquanto gênero (cultura) representaria as forças sociais, políticas e institucionais que moldam comportamentos e as constelações simbólicas do masculino e do feminino. O problema dessa posição é que, a partir da idéia inicial de que sexo se refere à anatomia e fisiologia dos corpos, construíram-se muitas interpretações explicativas para as desigualdades sociais e para as diferenças, tanto cognitivas como comportamentais, entre homens e mulheres. Muitos afirmavam que essas diferenças estavam dadas no cérebro, nos genes, ou eram provocadas por hormônios.

Desconstruindo essas abordagens, os estudos feministas foram solidificando o entendimento de que as diferenças nos corpos, tanto masculinos como femininos, não podem ser tomadas como espelho da natureza e que se faz necessário levar em conta a carga de valores que a ciência carrega e os contextos relacionais onde estas diferenças se constituem. Tratava-se de rejeitar vigorosamente as explicações biológicas concernentes à natureza humana e, particularmente, à mulher, superando a idéia de que a biologia feminina era a marca da incapacidade da mulher para desempenhos sociais na vida pública e a marca da vocação natural para os cuidados da casa. Decorrente desse contexto, apresenta-se, por sua vez, toda a discussão em torno do que é o público e do que é o privado. O privado passa a ser concebido como o lugar da privação, em contraponto à múltipla importância da esfera pública (ARENDDT, 1999).

Estudos de gênero e da sociologia do conhecimento, como os de Latour (1994); Oudshoorn (2000); Kraus (2000); Lowy (1995); Bleier (1984), Martin (1999), Fausto-Sterling (1992, 2000), por exemplo, questionam os pressupostos da objetividade, neutralidade, transparência, verdade e universalidade que sustentam o método científico. Latour, através do seu conceito de tradução, busca compreender como o complexo tecnocientífico, que ele chama de tecnociência, e o corpo social se redefinem e se reconstróem simultaneamente. Não se trata somente do quadro interior aos laboratórios, onde se procura o segredo dos saberes e de sua validação. Mas trata-se de andar dentro das cerziduras e traduções que se operam no corpo social. A ciência é um dispositivo que inventa uma ordem e não um dispositivo que revela a ordem escondida dentro da natureza (LATOURE, 1989).

Afirmando que todos nós somos híbridos, instalados precariamente no “interior das instituições científicas, meio engenheiros, meio filósofos, um terço instruídos, sem que o

desejássemos” Latour nos diz que “... nosso meio de transporte é a noção de tradução ou rede. Mais flexível que a noção de sistema, mais histórica que a de estrutura, mais empírica que a de complexidade, a rede é o fio de Ariadne destas histórias confusas” (LATOURE, 1994, p.9).

Bleier (1984), bióloga feminista, refuta os argumentos centrados nas pretensas diferenças de sexo, herdados da estrutura do cérebro e da lateralização cerebral. Enfatiza a plasticidade e a receptividade do cérebro humano a estímulos do meio ambiente e o fato de que não há diferenças de sexo claramente delineadas, seja nas habilidades verbais, ou visuais-espaciais.

Poderíamos aqui debulhar uma série de críticas que foram se contrapondo ao que significou esta categorização, em termos de fixação no argumento biológico, mas, segundo Citeli (2001), é na primatologia que a contestação das metáforas de gênero encontra seu ponto mais alto. Algumas autoras, usando o suporte sociobiológico, alteraram os instrumentos de observação e o conteúdo dos estudos sobre primatas, modificando o entendimento de que as fêmeas foram meras espectadoras da evolução, permitindo, desse modo, contrapor a versão “mulher coletora” à idéia de “homem caçador”, o que causou enormes mudanças.

Atualmente, segundo revisão proposta por Fausto-Sterling (1997 APUD CITELI, 2001) encontramos entre feministas e biólogas/os evolutivos/as, variantes intelectuais. **Um primeiro grupo** para quem a biologia não pode explicar arranjos sociais humanos. Nesse grupo duas posições são identificáveis. A) Aquelas/es que afirmam ser a biologia evolutiva passível de aplicação aos estudos do comportamento animal se, com especial atenção, forem evitados os androcentrismos e corrigidas as concepções errôneas. B) Aquelas/es que afirmam que as diferenças biológicas sobre as diferenças sociais são cientificamente inválidas; e que o conhecimento científico é socialmente construído, portanto será sempre parte de uma luta de poder que é fundamentalmente social e não biológica (Keller-Fox, Fausto-Sterling, Hubbard, Harding). **Um segundo grupo**, comportando aqueles/as que pensam ser a biologia capaz de explicar os arranjos sociais humanos. Segundo eles, adicionar considerações sobre as fêmeas ajuda a legitimar reivindicações sobre igualdade (Blackwell e alguns/algumas outros/as primatologistas). Há ainda biólogos evolutivos ou comportamentais que interpretaram mal suas observações e as marcaram por ideologias da superioridade masculina.

Esse quadro, segundo Citeli (2001), é apenas um começo de conversa, e esconde uma infinidade de outras possibilidades de abordagens teóricas e disciplinares, embora se preste para levantar inquietações.

Para Lowy (2000), foram os historiadores da ciência que se interessaram por uma solução de continuidade entre o social, cultural e político, na construção da natureza feminina ou masculina. Esses trabalhos abriram um novo domínio de investigação, que se centrou sobre a construção e a naturalização das diferenças de sexo e gênero. A título de exemplo, ela cita os trabalhos de Laqueur (1992), sobre a história das representações do sexo biológico, de Lorraine Daston (1992), sobre a naturalização da inferioridade feminina no séculos XVIII e XIX, de Londa Schiebinger (1989), sobre as conseqüências da exclusão das mulheres da pesquisa em ciências da natureza, de Cynthia Russett (1989), Mary Poovey (1990), Mary Jacobus et al. (1990) e Ornella Moscucci (1989), sobre os pressupostos da existência de uma natureza feminina impregnando a ciência e a medicina do século XIX; de Evelyn Fox-Keller (1990; 1992; 1999) sobre os efeitos da utilização de metáforas masculinas na ciência contemporânea.

Nesse contexto, a percepção da ciência como produto de uma atividade essencialmente masculina fixa-se no centro das preocupações feministas. Essa permanência da dualidade masculino/feminino na sociedade e a dominação praticamente universal do masculino na construção do saber científico, entendido como objetivo e universal, legitima sua visão não somente da natureza humana, mas de toda natureza (HÉRITIER 1996). Ao mesmo tempo, suscita estudos e movimentos desconstrutores em diversas partes do mundo.

Nos EUA, durante os anos 50 e 60, essa reflexão teria sido reforçada pela existência do movimento negro, segundo Lowy (2000). Nos outros países, o movimento feminista retomou alguns aspectos da luta anti-colonial. Essas posições acabaram por inspirar uma reflexão sobre a noção de universalidade, da qual o saber médico e biológico utilizado para o subjugamento das mulheres é exemplo, aspecto que no Brasil também foi desenvolvido por Rodhen (2000, p. 147).

O mesmo se aplica aos termos racionalidade e objetividade, que fazem com que a ciência seja apresentada como a única maneira racional e eficaz de aceder ao conhecimento e de agir sobre o mundo. Desse pressuposto deriva que a natureza é universal, estável, obediente a suas leis imutáveis. Essa visão será, conforme já dito, questionada pelos historiadores da ciência, que mostrarão como a ciência fabrica e difunde seus instrumentos e práticas. Segundo eles, não é porque os conhecimentos são universais que eles circulam, eles são universais porque circulam. Desse modo, os fatos médicos “ne peuvent donc être que partiels et dépendants du point de vue de praticiens qui les établissent” (LOWY, 2000, p. 147 apud FLECK, 1927).

As críticas feministas, contudo, revelam a inexistência de posturas homogêneas nessas abordagens. Schiebinger (2001), explorando as discrepâncias entre Feminismo Liberal e Feminismo da Diferença, afirma, depois de idas às muitas referências bibliográficas, que o Feminismo Liberal, também chamado de *Feminismo Científico, empirismo feminista ou feminismo igualitário*, tornou-se mais visível nos EUA na década de 70 do século XX. Sua tendência a ignorar ou mesmo negar as diferenças no pensar e no agir entre homens e mulheres, constituiu-se em seu principal problema. Para elas, semelhança e assimilação seriam as bases para a igualdade entre os dois gêneros, de modo que as mulheres deveriam ser e agir como os homens. Outro problema foi o de incluir as mulheres, na ciência canônica, sem qualquer esforço para modificá-la.

Nos anos 80, as mulheres caminharam em direção ao ‘Feminismo da Diferença’. Essa diferença foi compreendida como cultural e não biológica. Tentou-se, dessa vez, recuperar as qualidades que a sociedade ocidental desvalorizou como ‘femininas’, tais como a subjetividade, a cooperação e a empatia. Elas também defendiam o argumento de que, para as mulheres alcançarem igualdade na ciência, deveriam ocorrer mudanças nas teorias e laboratórios, nas prioridades e programas de pesquisa, nas aulas e nos currículos.

O grande valor do Feminismo da Diferença está em refutar a idéia de que a ciência é neutra em relação às questões de gênero. Revela que os valores atribuídos às mulheres têm sido sistematicamente excluídos do saber científico e que as possibilidades de participação e reconhecimento entre homens e mulheres, foram incorporadas à produção e à estrutura do conhecimento de modo desigual.

Para Schiebinger (2001) há, no entanto, dois grandes problemas nesse Feminismo: a visão reducionista de uma ‘mulher universal’, que desconsidera a diversidade de classe, orientação sexual, geração e nacionalidade da população feminina, e a romantização dos valores tradicionalmente associados à mulher, que acaba por não permitir a discussão dos estereótipos masculinos enquanto práticas dominantes e lugar do poder em uma sociedade androcêntrica.

Na década de 90, as características femininas passaram a ser vistas como fenômenos culturais específicos, ocorrendo uma generalização, a de que as mulheres têm maneiras de saber distintas, maneiras que supostamente foram excluídas das práticas e das formas dominantes de ciência. “Os escritos de Evelyn Fox Keller sobre a citogeneticista Bárbara MacClintock foram tomados como prova de que as mulheres tinham seus próprios métodos distintos de pesquisa” (SCHIENBINGER, 2001, p. 28).

Conforme Oudshoorn (2000), concordando de certo modo com Schienbinger no campo da biologia feminista e dos historiadores da ciência, posição radical foi tomada nos anos 80, quando esses cientistas feministas denunciaram o mito do corpo natural.¹ A noção fundamental a ser preservada é a de que não existe verdade natural sobre o corpo que seja dada diretamente e sem intermediários. Logo, nossas percepções sobre o corpo são traduzidas pela linguagem e as palavras também constituem realidade. Conforme Keller - Fox (1999), os enunciados descritivos são performativos, não porque eles colocam em ação seus referentes, mas porque eles influenciam a maneira de estruturarmos e construirmos nosso mundo social e material.

Em nossa sociedade, as ciências biomédicas funcionam como um recurso importante da linguagem e os cientistas são, portanto, dependentes dela; por consequência, a afirmação segundo a qual as ciências biomédicas são as fornecedoras de conhecimento objetivo sobre a verdadeira natureza do corpo pode ser rejeitada.

Os fatos científicos são criados coletivamente e, mais do que de descoberta, trata-se de construção ativa da realidade. No que concerne ao corpo, isto significa dizer que a realidade naturalista do corpo não existe, ela é criada pelos cientistas como objeto de suas investigações. Ao mesmo tempo, o corpo é um agente da cultura, conforme tratado por Bordo (1997).

Segundo Oudshoorn (2000), a aproximação construtivista-social das ciências abriu uma via totalmente nova para as pesquisas feministas e colocou a caminho os diversos meios, graças aos quais as ciências biomédicas, como técnicas discursivas, constroem e refletem nossa compreensão de gênero e de corpo.

Na medida em que as feministas adotam aproximações construtivistas sobre o gênero, o corpo e as técnicas, com o objetivo de contestar o essencialismo, elas caminham em direção à organização da introdução, nos finais dos anos 1980, dos temas corpos femininos e das técnicas médicas com sua atuação sobre os corpos, nos programas de pesquisa feminista.

Isto contudo, não se dá de uma vez por todas, e nem do mesmo modo, por isso mesmo a autora em questão apresenta vários modos de o fazer. A primeira estratégia feminista consiste em mostrar as contingências das significações do sexo e do corpo dentro do discurso da medicina, ao longo dos séculos. As feministas que adotaram essa estratégia utilizaram-se da diversidade dos modos com quais os cientistas analisaram os corpos

¹ Oudshoorn (2000) cita W. Bijker, T. Huhes et T. Pinch (1987); W. Bijker et J. Law (1992); M. Gilbert et M.

masculinos e femininos, com o objetivo de contrapor o argumento segundo o qual o sexo é um atributo do corpo sem equívocos e a-histórico, que, uma vez revelado pela ciência, é válido para todos os contextos. O sexo e o corpo, mesmo no seio do mundo da ciência, este domínio que reivindica a objetividade e a universalidade dos corpos, têm história e cultura.

A segunda estratégia feminista dentro da contestação do pensamento essencialista sobre o corpo, é a de mostrar como as técnicas transformam os corpos. Para Oudshoorn (2000), a maior parte das feministas que adotaram esta estratégia se concentrou sobre a fertilização *in vitro*. Elas mostraram como a técnica mudou o corpo feminino, uma vez que esse processo troca o lugar, da concepção de dentro do corpo para o laboratório, dissolvendo, desse modo, a distinção entre interior e exterior. Ainda, a utilização das técnicas de FIV para o tratamento de esterilidade masculina, embute como objeto do tratamento o casal reprodutor. Isso faz com que desapareça a mulher enquanto pessoa inteira do discurso médico, um processo que, do ponto de vista político, ameaça a individuação das mulheres. Os discursos das tecnociências sobre a reprodução, são discursos sobre o apagamento e a exclusão dos corpos femininos e de sua capacidade de agir. E, finalmente, a FIV tem ainda mais radicalmente transformado os corpos femininos, deslocando as fronteiras da fertilidade. As feministas que adotaram essas estratégias mostram que a natureza dos corpos é, cada vez, mais construída.

A terceira estratégia de contestação sobre as técnicas e o corpo, consiste em mostrar como a realidade naturalista sobre o corpo criada por cientistas não se enraíza no corpo. Para Oudshoorn (2000) é importante compreender como os cientistas chegaram a nos convencer de que existe um corpo natural. Ela se pergunta sobre o que é necessário para transformar um conceito científico em um dado natural. Ela e tantos outros pesquisadores no campo das teorias da ciência sabem que, se o fenômeno é compreendido em termos de rede de conhecimento, então ele não pode estar fora das práticas. O conhecimento é sempre local e universal. As fronteiras da rede de práticas definem, por assim dizer, as fronteiras da universalidade e do conhecimento médico.

Dentro desta perspectiva os sucessos e insucessos na procura dos cientistas, em direção a um conhecimento universal, dependem de sua capacidade de criar redes.

No século XIX os cientistas deveriam dispor de material de pesquisa que não era rotineiro no laboratório: os ovários e os testículos. Mas existiam algumas diferenças entre os

atores implicados nos estudos sobre hormônios sexuais. Os ginecologistas dispunham de material de pesquisa adaptado, que eles obtinham de suas pacientes, pois as operações cirúrgicas para retirada dos ovários humanos tinham se tornando uma prática corrente nas clínicas ginecológicas. Mais tarde utilizaram a urina das mulheres grávidas. Todos os outros autores implicados nos estudos dos hormônios sexuais femininos deveriam se apoiar nos ginecologistas para ter acesso às fontes dos materiais de pesquisa.

Comparados aos que estudavam os hormônios sexuais femininos, os pesquisadores sobre os hormônios sexuais masculinos tiveram muito mais constrangimentos em relação ao acesso ao material de pesquisa. Os testículos humanos eram mais difíceis de se obter, porque eles não existiam dentro da prática médica. Então os cientistas entravam nas prisões para esperar as execuções e recolher o material fresco. O acesso à urina masculina foi também problemático, porque não existia contexto institucional para coletá-la.

La collecte d'urine des patients masculins dans les hôpitaux était rendue difficile par le fait que la contenance en hormones sexuelles masculines des urines des hommes malades était beaucoup moins élevée que celle des urines des hommes en bonne santé. Le recours à l'urine animale ne pouvait pas non plus résoudre le problème ne contenant que très peu d'hormones masculines. L'urine humaine ayant la caractéristique spécifique d'avoir un taux élevé d'hormones masculines, les scientifiques sont restés totalement dépendants de l'urine masculine humaine (OUDSHOORN, 1994).²

No início dos anos 20, os hormônios sexuais não passavam de produtos químicos com uma prática terapêutica pouco conhecida e poderiam ser considerados como medicamentos à procura de doenças. A estratégia para conhecer o valor terapêutico dos hormônios foi a organização das clínicas, e a prática clínica da ginecologia funcionou como um contexto poderoso para oferecer à clientela preexistente e sujeitá-la ao tratamento hormonal. A promoção dos hormônios sexuais femininos foi integrada às estruturas institucionais existentes e estabelecida pela profissionalização da medicina e a organização racional dos serviços de nascimentos. O público masculino, por sua vez, não se encontrava dentro de um mercado e nem estava estruturado institucionalmente. Segundo a autora, a história da endocrinologia sexual, nos anos de 1920 a 1930 na Europa, mostra que a rede social³ que se estabeleceu sobre os hormônios sexuais femininos foi muito mais larga e sólida do que aquela ao redor dos hormônios sexuais masculinos, pois a ausência de

² Citado por Oudshoorn, 2000 p. 39.

³ A construção dos hormônios sexuais se efetua dentro de uma rede formada pelo laboratório, o hospital e a indústria farmacêutica. Esses grupos, no início isolados, terminaram por se integrar em uma rede de alianças e dependências que construiu o desenvolvimento cognitivo da pesquisa (OUDSHORN, 1998, p. 788).

estruturas clínicas e o desenvolvimento tardio da andrologia contribuíram muito para esse retardo. E ela conclui por dizer que a institucionalização de práticas médicas concernentes ao corpo feminino, transforma esse corpo em um fornecedor fácil de material de pesquisa, e ao mesmo tempo numa cobaia cômoda para os ensaios do mercado organizado.

Recuperar esses dados a partir de fatos históricos é útil para ilustrar os processos de fazer ciência e fazer corpos. Os fatos anatômicos, endocrinológicos e imunológicos são pouco evidentes. Observa-se que não existe uma verdade natural sobre o corpo que seja dada diretamente e sem intermediários, e as ciências biomédicas funcionam no interior de uma sociedade que constrói determinadas concepções de corpo, traduzidas pela linguagem e pela prática.

Kraus (2000), em suas pesquisas sobre a determinação de sexo, que começam a se intensificar nos fins dos anos 50, fala do modo descritivo com que se construiu o modelo prevalecente para a determinação de sexo, e sua cronologia. Estabelecendo um paralelo entre a raça e o sexo, permite colocar em evidência fronteiras biológicas menos absolutas e fixas, sobre a bicategorização por sexo nas pesquisas sobre a diferenciação sexual, questionando a validade da categoria sexo. A partir de anomalias do desenvolvimento sexual, ela mostra a pluralidade e a diversidade dos casos possíveis de diferenciação sexual, que relativizam de um modo claro a idéia de que há uma fronteira entre dois sexos.

Para Kraus, mesmo que algumas pesquisadoras tenham construído o entendimento de que sexo biológico não existe em si, sem sua compreensão circunscrita em oposição à cultura, a categoria sexo biológico ficou sem ser questionada. E a dicotomia natureza e cultura permaneceu. É o caso de Delphy (1991 APUD KRAUS), que sugere a não existência do sexo biológico sem sua circunscrição e instituição, em oposição à cultura. Para ela, a biologia é socialmente definida, e o sexo é olhado como um substrato biológico, produto de uma construção social.

A idéia de um sexo “nu”, pré-discursivo, que poderia escapar à marca social, é problemática, na medida em que ele pressupõe um limite biológico resistente à construção social. É esse resíduo biológico que persiste como referente material do termo sexo. Delphy, (1991), apud Kraus, (2000), considera que uma sociedade que dá ao termo sexo o referente a um substrato biológico, mantém a idéia que uma parte do sexo – as diferenças materiais entre os sexos, precedem o ato social.

Para a filósofa americana Butler (1998), a materialidade do sexo, longe de ser um simples fato biológico, é um efeito dissimulado do poder, de normas heterossexistas. Ela vê

a materialidade do sexo como o produto de um processo pelo qual essas normas materializam o sexo. Esta materialização é a performatividade das normas que se completa pela sua reiteração, que não é uma repetição.

Há então uma construção discursiva das diferenças materiais entre os sexos, mas isso não significa que o discurso seja a causa. O que ocorre é que, uma vez marcada pela materialização do sexo, a sexuação da matéria é concomitante.

Discutindo a crítica radical de Delphy sobre o caráter natural do sexo, Kraus (2000) diz ter que ilustrar a tensão entre os esforços teóricos para desnaturalizar o sexo e a aceitação implícita dessa realidade material. A tensão participa, segundo ela, das dificuldades para pensar verdadeiramente o sexo como uma construção social, e não mais como um fato da natureza. Com efeito, a idéia de um sexo “nu” presume ainda um fundamento natural para a bicategorização por sexo: aquele de dois grupos humanos naturalmente sexuados que precedem todas as classificações. Ela nos reporta para o fato de que os indivíduos podem apresentar um sexo discordante.

Essa autora fala em sexo gonádico, sexo hormonal, sexo fenotípico, interno e externo. O sexo hormonal não define saltos qualitativos, mas variações quantitativas nos indivíduos em direção ao desenvolvimento sexual normal. Os casos de anomalias no nível do sexo hormonal ilustram claramente que essas subcategorias não definem unidades discretas.

Essa característica é a origem das variações contínuas do sexo fenotípico, indo em direção a mais fêmea ou mais macho, formando todos os intermediários possíveis. O sexo gonádico não é exclusivamente macho ou fêmea, ele pode ser misto ou intersexual em vários níveis, com tecidos testiculares e ovarianos conjuntamente manifestos. No nível dos cromossomos, os termos macho e fêmea se aplicam a muitos objetos. Existem muitas variantes em dois cariótipos “standard” e um mesmo cariótipo pode resultar em um sexo gonádico macho ou fêmea. Para a autora, a última esperança de fundar a bicategorização por sexo se esvaiu, quando se colocou em evidência nas descobertas entre os machos e as fêmeas no nível genético, a troca dominante da primeira diferenciação sexual (TDF: Testis-determining factor). A apresentação de resultados sucessivos sobre os testis-determining factor colocaram em evidência a complexidade, ainda mal elucidada, dos mecanismos de determinação do sexo.

A autora não questiona somente os contínuos entre os machos e as fêmeas, mas sobretudo a recuperação entre o que caracteriza de maneira exclusiva uns e outros e todos os níveis biológicos do sexo. Essas recuperações permitiram refutar a idéia de uma descontinuidade biológica qualitativa entre dois e somente dois sexos.

Mesmo o sexo genético (cromossomos e hormônios), que ocupa um lugar central dentro do modelo prevalente, caracteriza-se pela ausência de marcadores absolutos. O fato de que os pesquisadores recorrem a outros critérios, o sexo gonádico, e o senso comum, ao pênis, para classificar os indivíduos, sem levar em conta a referência ao sexo gênico (cromossômico), tem sugerido que a manutenção da bicategorização por sexo dentro dessas pesquisas responde ao imperativo cultural.

Se a refutação das bases naturais da bicategorização por sexo é principalmente fundada sobre as inversões de sexo, Kraus se propõe a analisar, para concluir, que a crença segundo a qual é possível distinguir claramente machos de fêmeas desde que o desenvolvimento sexual seja normal, tenha dado a correspondência perfeita entre as subcategorias. Mostrou-se que a questão da frequência é na realidade um falso problema, que não é evidente que um corpo normal forneça as provas de uma descontinuidade biológica entre dois e somente dois sexos.

A possibilidade lógica de ao menos dois modelos simultâneos coloca em evidência que a predominância do modelo dicotômico não procede diretamente das observações científicas, entretanto os dados suscetíveis de a questionar são bem fundados. A bicategorização persiste por uma razão social e é constitutiva de uma política e de uma visão de mundo fundamentada pela divisão em masculino e feminino e pela primazia do primeiro sobre o segundo. Isso significa que as pesquisas sobre a determinação do sexo modelam preferencialmente o sexo macho; só ele é positivamente induzido pela ação do TDF, enquanto o desenvolvimento da fêmea é negativamente definido por referência à diferenciação testicular. Têm-se que a diferenciação em dois, e somente em dois sexos, procede de uma dupla operação: dividir de forma dicotômica e hierarquizar as partes divididas. É por isso que a formulação das hipóteses de pesquisa, a interpretação dos resultados e a validade das provas vêm das representações, das redescrições da teoria da incomensurabilidade dos sexos. Por isso, longe de descobrir a diferença sexual, a prática científica a fabricou, sexualizando a biologia de modo dicotômico e segundo as oposições tradicionais de gênero.

Sobre o mesmo tema escrevem Peyre, Wiels e Fonton (2002), que analisam a questão do sexo biológico do ponto de vista genético e fenotípico, e a complexidade envolvida no processo de determinação do sexo, do ponto de vista da formação das gônadas e dos órgãos, gametas internos masculinos ou femininos. A partir do fenotípico ósseo de uma população neolítica, eles analisam os grupos definidos por critérios socioculturais e os grupos

identificados por critérios biológicos, a partir da pré-história e da antropologia biológica. Concluem que nem a bacia, nem o crânio, adaptados segundo as teorias evolutivas, cada um em seu papel funcional, bacia para a reprodução e crânio para o intelecto, marcados pelo sexo, permitem concluir estabilidade e dicotomização.

A morfologia dos caracteres sociais varia no curso da vida, e a morfologia óssea é instável. Há uma variação enorme de caracteres sexuais no interior de uma mesma população. Eles vão do mais feminino ao mais masculino. A larga bacia não define as mulheres, e uma majoritária quantidade de indivíduos apresenta características masculinas e femininas muito variáveis.

Os autores concluem que os trabalhos realizados sobre a população Grossgartach do Neolítico, conduzem a colocar em causa a ligação entre sexo social e sexo biológico, e podem mesmo colocar em questão a noção de sexo social. Nenhum dos resultados obtidos leva à conclusão de que a divisão do trabalho social repousa sobre critérios de categorização sexual. A adequação existente nas sociedades ocidentais entre o sexo social e o biológico, parece ser fundada sobre a divisão dos papéis, visando, principalmente, justificar a ligação entre a natureza e a opressão das mulheres.

Para Laqueur (1992), durante 2 mil anos os corpos masculino e feminino não foram conceitualizados em termos de diferenças. Os textos médicos, dos gregos antigos até o fim do século XVIII, descreveram-nos como fundamentalmente similares. Eles consideravam mesmo que as mulheres tinham os órgãos genitais idênticos àqueles dos homens, apenas com uma diferença: os delas estavam no interior do corpo e não no exterior, eram as inversões interiorizadas dos órgãos masculinos.

Dentro dessa abordagem, caracterizada por Laqueur como o “modelo do sexo único”, os corpos femininos eram compreendidos como um homem voltado para dentro, não como um sexo diferente, mas como uma versão menos evoluída do corpo masculino (LAQUEUR, 1992).

Foi somente no século XVIII que o discurso biomédico começou a conceitualizar o corpo feminino como outro corpo, essencialmente diferente do corpo masculino. Nesse período, a tradição, estabelecida durante longo tempo e que privilegiava as similitudes corporais sobre as diferenças, começou a ser criticada. Na metade do século XVIII os anatomistas se concentraram mais e mais sobre as diferenças corporais entre os sexos e afirmaram que o sexo não se limitava aos órgãos da reprodução.

Dentro da fisiologia celular do século XIX, o olhar médico se deslocou às células. No final desse século, os cientistas médicos haviam estendido a sexuação a todas as partes imagináveis do corpo: vasos sanguíneos, células, cabelos e cérebro. Ocorreu então, no interior do discurso médico, um deslocamento claro do centro de interesses, das similitudes para as diferenças. O corpo feminino foi contextualizado em termos de corpo oposto, com órgãos, funções e sentimentos incomensuravelmente diferentes. A partir desses enfoques, os corpos femininos se tornaram objetos médicos por excelência.

A História da Sexualidade, de Foucault (1988), oferece várias possibilidades de interpretações desses processos, daí o conceito de uma tecnologia sexual, que ele define como um conjunto de “técnicas” para maximizar a vida, criadas e desenvolvidas pela burguesia a partir do final do século XVIII, a fim de assegurar a sobrevivência da classe e a continuação da hegemonia. Tais técnicas envolviam a elaboração de discursos (classificação, mensuração, avaliação, etc.) sobre quatro figuras ou objetos privilegiados do conhecimento: a sexualização das crianças e do corpo feminino, o controle da procriação e a psiquiatrização do comportamento sexual anômalo como perversão. Esses discursos, implementados pela pedagogia, medicina, demografia e economia, ancoraram-se ou se apoiaram nas instituições do Estado e se consolidaram especialmente na família: serviram para disseminar e implantar, empregando o sugestivo termo de Foucault, aquelas figuras e modos de conhecimento em cada família e instituição. Essa tecnologia, como observou ele, tornou o sexo não só uma preocupação secular, mas também uma preocupação do Estado. Para ser mais exata, o sexo se tornou uma questão que exigia que o corpo social como um todo e virtualmente todos os seus indivíduos, fossem colocados sob vigilância.

Mas há críticas da psicanálise feminista referentes aos conceitos de tecnologias como responsáveis pela própria constituição do indivíduo moderno como objeto e sujeito, dizendo que isso é uma forma de atribuir a elas a força totalizante que só uma teoria totalizante pode designar.

Entendemos ser esse conceito (tecnologia sexual) fundamental para explicar como a sexualização do corpo e particularmente do corpo feminino, tem sido uma das figuras ou um dos objetos de conhecimento favoritos nos discursos das ciências médicas, da religião, da arte e da literatura, como ele perpassa a cultura popular, e de como a sexualidade é de fato construída na cultura de acordo com os objetivos políticos da classe dominante.

Os cientistas médicos procuraram identificar as características essenciais que lhes pareciam servir para distinguir o que fazia a mulher. Segundo Oudshoorn (2000), a

literatura desse período mostra uma naturalização radical da feminilidade, dentro da qual os cientistas reduziram a mulher a um órgão específico.

Nos séculos XVIII e XIX, os cientistas começaram localizando a essência feminina dentro de diferentes partes do corpo. Até a metade do século XIX, eles consideravam o útero como sede da feminilidade. Na metade do século XIX, a atenção médica começou a se deslocar para os ovários, que eram então considerados como os centros de controle largamente autônomos da reprodução nas fêmeas animais, e junto aos humanos eles foram pensados como essência da feminilidade mesma.

No início do século XX, a essência da feminilidade foi situada não mais dentro de um órgão, mas dentro de substâncias químicas: os hormônios sexuais. O novo campo da endocrinologia sexual introduziu o conceito de hormônios sexuais “femininos” e “masculinos” como mensagens químicas da feminilidade e da masculinidade. Essa concepção nova de corpo, determinado pelo jogo dos hormônios, desenvolveu-se e se impôs.

Este tipo de estudos ilustra como, no interior mesmo do discurso médico e técnico, diferentes corpos ganharam vida. Essas histórias das ciências médicas e da técnica servem para mostrar como os agentes produzem e fundamentam categorias.

Essa visão também é reforçada por Stoller (1993), em sua pesquisa sobre a identidade de gênero, no campo da psicologia. Ao estudar inúmeros casos patológicos de indivíduos (hermafroditas ou com genitais escondidos) que, por engano, haviam sido rotulados com gênero oposto ao de seu sexo biológico, afirma que é muito mais fácil mudar de sexo do que mudar o gênero de uma pessoa. A criança aprende a ser menino ou menina desde a mais tenra idade. Aos 2 ou 3 anos, quando da passagem pelo Complexo de Édipo e da aquisição da linguagem, ela já se constituiu em gênero.

O núcleo da identidade de gênero, presente em todo indivíduo, para ele é um conjunto de convicções pelas quais se considera socialmente o que é masculino ou feminino. Esse núcleo não se modifica ao longo da vida de cada sujeito, embora cada um possa lhe associar novos papéis.

Masculinidade ou feminilidade é definida, como qualquer qualidade que é sentida, por quem a possui, como masculina ou feminina. Em outras palavras, masculinidade ou feminilidade é uma convicção - mais precisamente, uma densa massa de convicções, uma soma algébrica de se, mas e e - não um fato incontroverso. Além do fundamento biológico a pessoa obtém estas convicções a partir de atitudes dos pais, especialmente na infância, sendo estas atitudes mais ou menos semelhantes àquelas mantidas pela sociedade como um todo, filtradas pelas personalidades idiossincráticas dos pais. Portanto, tais convicções não são verdades eternas: elas se modificam quando as sociedades se modificam. Ex:

um guerreiro indígena americano afirmava sua masculinidade usando seu cabelo bem curto. A masculinidade não é medida pelo comprimento do cabelo, mas pela convicção da pessoa de que o cabelo comprido ou curto é masculino (STOLLER, 1993, p. 28).

A identidade de gênero nuclear resulta, para ele: de **uma força biológica** (originada comumente na vida fetal e genética); **da designação do sexo no nascimento**: a mensagem que a aparência dos genitais externos do bebê leva àqueles que podem designar o sexo – o médico que está atendendo e os pais – e os efeitos inequívocos subsequentes dessa designação para convencê-los do sexo da criança; **da influência incessante das atitudes** dos pais, especialmente das mães, sobre o sexo daquele bebê, e da interpretação dessas percepções por parte do bebê – pela sua capacidade crescente de fantasiar – como acontecimentos, isto é, experiências motivadas, significativas; **dos fenômenos “bio - psíquicos”**: efeitos - pós-natais precoces causados por padrões habituais de manejo do bebê – condicionamento ou outras formas de aprendizagem que, imaginamos, modificam permanentemente o cérebro do bebê e o comportamento resultante, sem que os processos mentais o protejam; **do desenvolvimento do ego corporal**: a miríade de qualidades e quantidades de sensações, especialmente dos genitais, que definem o físico e ajudam a definir as dimensões psíquicas do sexo da pessoa, confirmando, assim, para o bebê, as convicções dos pais a respeito do sexo de seu filho.

Dadas condições - pré-natais normais para o sexo anatômico do indivíduo, os dois fatores principais na criação da identidade de gênero – seja o gênero congruente com a anatomia e com o que a cultura, define como comportamento adequado para aquele sexo, ou uma identidade de gênero distorcida - são os silenciosos efeitos da aprendizagem e modificações mais agudas experienciadas, resultantes da frustração, trauma e conflitos, e das tentativas de resolver os conflitos. Assim, os pais, irmãos e em certos momentos outras pessoas fora da família, poderão modelar comportamentos masculinos e femininos em meninos e meninas, através de sistemas complexos de recompensa e castigo, sutis e grosseiros. Além disso, proibições, ameaças e comunicações confusas, que combinam a recompensa e o castigo, são absorvidas pela criança em desenvolvimento, e, em diferentes estágios de maturidade e experiência, são interpretadas com diferentes significados (Stoller, 1993, p. 37) .

Como podemos observar, é o próprio conceito de natureza e não apenas de cultura que está sendo construído e desmanchado ao longo do tempo. No século XVII, a natureza era concebida como benevolente e dotada de intenção e a fronteira entre o natural e o artificial era fluída e móvel. No século XIX a natureza torna-se indiferente, sem nenhum objetivo moral; mesmo se uma natureza pré-definida for atribuída às mulheres, ela não é fixa, nem rígida e pode ser modificada pela educação; não fala mais das possibilidades, mas estabelece os limites (LOWY, 1995).

Nesse contexto, as fronteiras entre o material e o cultural se endurecem. A natureza assume valor de julgamento supremo, já que todo o mundo concorda que um tratado natural não pode ser modificado pela intervenção humana. Essa variabilidade dada ao termo *natureza* contrasta com a estabilidade dos estereótipos sociais. A inferioridade natural da mulher é uma constante, legitimada tanto pela natureza benevolente e flexível do século XVII, quanto pela natureza mutável do século XIX, além do próprio entendimento da natureza como feminina, mito denunciado por vários pesquisadores/as.

Segundo Varikas (2000), Na medida em que essa natureza se inscreve na história das relações sociais, as quais ela pretende remediar, sua tendência será construir um artifício político, uma natureza humana fixa e imutável a depender dos interesses. Isso encerra com as possibilidades e aberturas das relações dos primeiros humanistas da renascença. Daí em diante, a única forma de coexistência pacífica será uma cisão radical entre o homem como sujeito racional e a natureza como objeto do conhecimento e de regramento. A cisão só é possível graças a uma outra no interior do ser humano, que é a oposição entre razão e paixão. Como consequência, a atribuição da razão ao homem e da paixão à mulher, até mesmo de sua demonização, porque ela seria capaz de prazeres físicos privilegiados. Nesse contexto, segundo Varikas (2000), o processo da natureza, vista como mecânica e governada por leis matemáticas, impõe-se do exterior e emerge como um produto da política. O poder deveria se fundar sobre o conhecimento da natureza, pressuposto que também estabelece o estado moderno sobre a teorização da propriedade como direito natural, e a distinção entre dominação doméstica e dominação civil, que está na origem da distinção entre público e privado.

É no contexto das contradições da teoria contratual que surgem possibilidades para criticar os tratados de então e perceber que o momento histórico em que a natureza estava, está longe de a tornar objeto verdadeiramente conhecido.

Mas tal variabilidade da natureza desaparece no século XIX, com a identificação da natureza com uma realidade exterior imutável, que deverá ser estudada por métodos científicos, para ser capaz de produzir saber verdadeiro. A partir dos finais do século XVIII, a idéia de natureza é um instrumento de uma revolução intelectual.

São aspectos essencializadores, segundo Kehl (1996), como a idéia de que a mulher pertence a um sexo “natural e abominável”, o que acaba por condicionar a natureza como paradigma legitimador e sancionador da participação social e do lugar social da mulher como um ser que precisa ser dominado, controlado e domesticado.

No contexto da revolução francesa, para analisarmos um momento da história, a cidadania, que tem os homens como destinatários, mantém a idéia de natureza como paradigma legitimador do lugar da mulher (ÁVILA, 1997). Assim, para Rousseau, o homem, por natureza, pertence ao mundo exterior, e a mulher ao interior – encaixando-se, desse modo, na dicotomia natureza-cultura a dicotomia interior-exterior – que adquire especial relevância na sociedade burguesa capitalista.⁴

Outro aspecto que, para Kehl, está ainda presente é o de que mulheres inteligentes devem ser do gosto exclusivo dos pederastas⁵, ainda o gosto que temos pela idéia de que possuímos uma sexualidade e uma afetividade insubmissas, desorganizadora do pacto civilizatório⁶ e, o que é bastante caro aos poetas e a alguns psicanalistas, que nossa sexualidade é difusa, polimorfa como a das crianças, o corpo todo erotizado, em contraposição ao órgão concentracionário masculino, que nossa imobilidade devoradora nos torna fascinantes e perigosas como as águas e a terra, capazes de gerar a vida e acolher a morte.⁷

Construções como essas, juntamente com as de bruxas, “vaso do pecado”, conhecedora dos segredos do amor, ou as da mulher do *modern style* (PERROT 1995), que tem o rosto inexpressivo, o olhar vazio, o corpo evanescente, servindo sua máscara estereotipada de suporte às variações capilares dos artistas, marcam concepções de mundo⁸.

A questão que nos rodeia é a de como nos livrarmos da definição dualista natureza ou cultura, e da eterna ladainha: não somos só biologia, somos biologia e história, biologia e cultura, biologia e espiritualidade, biologia e vontade, biologia e desejo. Como romper com a matriz individualista que veio se firmando desde muito

⁴ Segundo Pitangy, (1986, apud ÁVILA, 1997), as mulheres denunciaram e reagiram, foram reprimidas e algumas mortas. Em documento apresentado em 1789 à Assembléia Nacional elas diziam: “Destruíste os preconceitos do passado, mas permitistes que se mantivesse o mais antigo, que exclui dos cargos, das dignidades, das honrarias e sobretudo, de sentar-se entre nós, a metade dos habitantes do Reino [...]. Destruíste o centro do despotismo[...] e todos os dias permitis que treze milhões de escravas suportem as cadeias de treze milhões de déspotas”.

⁵ O uso e a posse de nossas faculdades mentais nos configuram características masculinas.

⁶ Freud. O mal estar na civilização 1929/30; e a feminilidade 1932/33.

⁷ Encontramos um belo relato sobre as imagens da mulher em Paris 1900 (e sua encarnação na República), realizado por Michelle Perrot em Políticas do Corpo, org. por Denise Bernuzzi de Sant’Anna.

⁸ Para Claude Guiguer, durante o século XIX, a mulher é apresentada ao mesmo tempo como o sangue e os lírios, branca Madona, lilial jovem das auroras, transparente e cheia de promessas, e pérfida Salomé das tardes púrpuras, a vítima e o carrasco, amazona liberta e guerreira, rainha dos bosques e das fantásticas cavalgadas, e a criança ingênua e carinhosa, a água e o fogo, a liberdade das florestas e o afundar dos pântanos nauseantes; a virgem e a prostituída. Seu corpo é um mistério: seu sexo aniquila o homem no prazer, emascula-o. Ela é voragem, abismo insondável... (PERROT, 1995).

longe, quando surgiu no pensamento a ruptura entre corpo e alma, mente e corpo, sujeito e objeto, natureza e cultura⁹.

Segundo Lowy (1995), esse interesse pelo desenvolvimento e utilização do conceito de natureza, a história da demarcação entre natural e artificial e a história das práticas de naturalização que partilham a história social e cultural das ciências, juntamente com a história de gênero, fazem eco a um tema paralelo, enraizado na história da biologia e da medicina e que toca a história do conceito de normal e a produção de normas e de práticas de normalização.

Consideramos que essas entradas feministas foram fundamentais não apenas para trazer à luz os aspectos ideológicos envolvidos nas escolhas científicas e políticas das universidades e dos grandes centros de pesquisa, mas também para produzir questionamentos sobre as práticas cotidianas desses espaços, pautadas por diferenças de gênero, permitindo localizá-las como construto –sócio-histórico, além de questionar as categorias tidas como naturais, fixas, passíveis de permitir espelhamentos, conforme foram construídas nas formas de entendimento da natureza dentro de uma visão mecanicista, descartiana e mesmo iluminista do mundo.

2. Gênero e cultura

Para a constituição dos estudos de gênero é preciso também tomar em conta o papel destacado de algumas outras disciplinas.

No contexto da biologia, a introdução dos interesses de ciência e gênero se desenvolve nos anos 60, principalmente nos campos disciplinares institucionais dos EUA. Biólogas feministas são pioneiras em integrar ciência e gênero nos interesses acadêmicos. Nos anos 70 é questionada a sub-representação das mulheres nas ciências, e o foco deixa de ser a mulher para passar a ser gênero.

Nesse contexto, segundo Oudshoorn (2000), foi possível questionar a realidade da suposição de que existia um corpo natural e o estatuto do papel arbitrário que as ciências biomédicas assumem no debate social, mesmo que elas não tenham sido incluídas nos programas de pesquisas feministas.

⁹ Outros estudos, como os de Bloch (1995); Varikas, (2000); Wilshire (1997); Berman (1997); King 1997), estes últimos citados por Jaggar, e Bordo (1997), poderiam nos ajudar a pensar a propósito desses entendimentos e suas conseqüências políticas e sociais.

Ao introduzir, no curso dos anos 1970, o conceito de gênero como distintivo de sexo dentro do discurso sobre as mulheres, a concepção e a utilização do conceito de sexo passa a ser limitada ao sexo biológico, implícita ou explicitamente compreendido em termos de caracteres anatômicos ou cromossômico. E o conceito de gênero é utilizado para fazer alusão a todas as outras características socialmente atribuídas às mulheres e aos homens, tal como as características psicológicas, comportamentais, os papéis sociais e os tipos particulares de emprego¹⁰. Isso trouxe um avanço significativo no campo das ciências e das práticas sociais, mas também produziu a tradicional divisão do trabalho entre ciências sociais e ciências biomédicas. As biólogas feministas anexaram os estudos de sexo ao domínio das ciências biomédicas e os estudos de gênero como domínio exclusivo das ciências sociais.

Mesmo reconhecendo o incomensurável valor desses argumentos e a imensa produtividade da introdução da distinção entre sexo e gênero, é preciso, segundo Oudshoorn, tomar em conta que tal distinção não colocou em causa a noção essencialista de corpo natural. As teorias feministas sobre a socialização não interrogaram o sexo biológico desses sujeitos que são socializados como mulheres ou como homens. Consideraram que o sexo e o corpo são realidades biológicas, não necessitando alguma explicação mais profunda. Nesse tipo de estudos, o conceito de corpo sexuado foi mantido dentro de um estatuto de base a-histórica e não problemática, sobre a qual se constrói em seguida o gênero. A consequência foi a exclusão das análises sobre o corpo em sua “natureza fixa”.

Conforme Oudshoorn (2000), foi nos fins dos anos 1970 e início dos anos 1980, que o corpo fez sua primeira aparição nos escritos feministas. A historicidade do corpo a partir da experiência que fazem as mulheres sobre si mesmas foi então tomada em conta, com a perspectiva de desconstruir a idéia de experiência invariante histórica e de base experimental fixa, fornecedora da continuidade ao longo dos séculos.

Desde então, antropólogos e historiadores têm fornecido análises potenciais para colocar em causa a idéia de corpo natural, ou então como coisa, matéria em movimento, semelhante aos objetos que nos cercam. Portanto, para ser dominado, ideal que se desenvolveu entre os “homens de ciência”, particularmente entre os séculos XVII e o XIX.

Esquece-se, por vezes, de tomar em conta que a própria compreensão de natureza era feita sob configurações específicas e que a percepção do corpo como “eu natural” ou “

¹⁰ Em relação ao Brasil, no campo da sociologia do trabalho, os estudos sobre a divisão sexual do trabalho na década de 80, conduziram para os estudos de gênero no início dos anos 90: Saffioti (1980), Kergoat (1989), Lobo (1984;1989; 1991; 1992).

material”, tal qual descrita por Nicholson (2000), configura-se e toma forma de acordo com as influências que recebe do mundo exterior e de acordo com a ênfase numa consciência ampliada do corpo como conhecimento sobre o eu. A natureza poderia ser, nesse caso, tanto o corpo, como as influências externas geradas pela visão ou pela educação. Desse contexto do materialismo dos séculos XVII e XVIII, surgiu uma tradição que considerava as características físicas do indivíduo como fontes do conhecimento. “Assim, os aspectos físicos ou materiais do corpo cada vez mais assumiram o papel de testemunhas da natureza do eu que esse corpo abrigava” (NICHOLSON, 2000, p. 16).

Os materialistas dos séculos XVII e XVIII falaram sobre processos que depois seriam escritos como socialização. Segundo a autora, o foco, que se tornou cada vez mais opaco na materialidade do eu, significou mais do que determinismo biológico, apontava para o fato de que o corpo surgia sempre mais como fonte de conhecimento sobre o eu. Um meio pelo qual, diferente das visões teleológicas anteriores, o corpo começou a mudar as formas de compreender a identidade. Nesse sentido, ele foi empregado de modo crescente e passou a ser um recurso para atestar a natureza diferenciada dos humanos. O crescimento dessa metafísica materialista provocou mudanças na importância das características físicas e dos papéis sociais. Dividiu-se, desse modo, também a idéia da base fisiológica da “natureza” humana e a idéia da construção social do caráter humano.

Esses estudos se concentram sobre as experiências do corpo e sobre as maneiras de como elas são feitas pela época e a cultura, o que, segundo Stolcke (1998), permite conhecer a enorme diversidade histórico-cultural dos sistemas simbólicos de gênero. Mas essa aproximação deixava ainda sem questionamento o entendimento de que as experiências corporais tinham uma realidade fisiológica universal, ligada a uma base biológica não histórica da identidade feminina e suas relações com as diferenças de sexo.

Para Stolcke, a um nível puramente biológico, as diferenças de sexo são inevitáveis. Mas, como são uma dimensão da vida social, não podem ser pensadas à margem dos significados socioculturais que adquirem, porque eles podem se transformar em potentes fontes de dominação.

A antropologia terá um papel destacado no processo de construção do entendimento cultural histórico sobre o corpo e o conceito de gênero. Uma primeira entrada dá-se quando tomamos em conta a problemática da desigualdade da opressão e da subordinação, associada

ao patriarcado e focada na determinação biológica das condições do que é ser homem e ser mulher, e, em alguma medida, à idéia de que há etapas evolutivas da situação da mulher na sociedade¹¹. Seus pressupostos legitimadores advêm do marxismo e o projeto político é sua condição emancipatória.

Sua segunda porta de entrada, anterior às discussões sobre gênero, foram os estudos desenvolvidos pela chamada escola culturalista, que tem como principal teórico Franz Boas¹². Nela encontramos Margareth Mead, antropóloga americana, que já na década de 30 resolveu estudar **papéis sexuais** embasados nas etnografias realizadas na Nova Guiné, (como Bateson) comparando três culturas: os Arapesh, os Mundugomor, os Tchambuli¹³. Assim, ao estudá-los, ela demonstrou que a diferenciação entre eles estaria em suas formas específicas de condicionamento social, o que determinaria a diferenciação ou não entre os papéis sexuais. A autora questionou as diferenças entre os sexos como inerentes à natureza humana, deslocando a atenção da diferença entre os sexos biológicos para as determinações culturais que se impõem ao comportamento humano. Desse modo, contribuiu para a discussão sobre a desnaturalização dos comportamentos sexuais, não apenas entre os povos primitivos por ela estudados, mas também entre os seus concidadãos norte-americanos, que marcavam fortemente a diferença entre homem e mulher e levavam a masculinidade e a feminilidade para muito além de sua aparência biológica.

¹¹ A perspectiva de análise centrada na teoria do patriarcado foi alvo de críticas que apontavam, sobretudo, a impossibilidade de resgate das especificidades do contexto histórico, no qual a dominação exercida sobre as mulheres estava sendo estudada. Para Sheila Rowbotham (1984), a palavra patriarcado coloca muitos problemas; remete a uma forma universal e histórica de opressão, com fortes marcas biologizantes, produz um modelo feminista de base - superestrutura, uma estrutura fixa, enquanto que as relações entre homens e mulheres são tão mutáveis, quanto fazem parte de heranças culturais e institucionais, implicam em reciprocidades, tanto quanto em antagonismos. Assim como o patriarcalismo, a abordagem teórica de cunho marxista, referente à divisão sexual do trabalho, não é aceita de forma consensual, embora sua grande contribuição se apresente no sentido de articular relações de trabalho e relações sociais, práticas de trabalho e práticas sociais.

¹² Embora mereçam destaque antropólogos pertencentes a outras correntes, como Malinowisk e Gregory Bateson. Malinowiski define seu objeto de pesquisa como sendo a sexualidade. Entretanto, em *A Vida Sexual dos Selvagens*, ao examiná-la como uma força sociológica e cultural que, entre outras coisas, fundamenta o amor, o namoro, o casamento e a família, ele alonga seu tema, incorporando as relações de gênero, embora limitada pela inclusão do par dicotômico homem/mulher, deixando de lado as relações que se estabelecem entre homens e mulheres. Bateson, seu contemporâneo, realiza um trabalho pioneiro ao examinar a construção simbólica da feminilidade e da masculinidade entre o povo Iatmul de Nova Guiné.

¹³ “Estudei essa questão nos plácidos montanhese Arapesh, nos ferozes canibais Mundugomor e nos elegantes caçadores de cabeça de Tchambuli. Cada uma dessas tribos dispunha, como toda sociedade humana, do ponto de diferença de sexo para empregar como tema na trama da vida social, que cada um desses três povos desenvolveu de forma diferente. Comparando o modo como dramatizaram a diferença de sexo, é possível perceber melhor que elementos são construções sociais, originalmente irrelevantes aos fatos biológicos do gênero de sexo” (MEAD, 1988, p.22 apud AGUIAR, 1997).

Na antropologia, segundo Nadal (1999), a hierarquia de sexo se constitui a partir da simbologia dos líquidos corporais. Particularmente, as representações concernem ao espermatozóide e ao sangue, e o sangue justifica a subordinação feminina: o esperma e o sangue menstrual são hierarquizados e vistos geralmente de maneira antagônica. Em consequência, os ritos de exclusão das jovens filhas na puberdade ou das mulheres durante a menstruação.

Esses exemplos servem para compreender como a anatomia e a fisiologia são a base de construção ideológica que serve para legitimar a ordem sexual. Segundo Hérítier (1996, p. 26),

Os sexos anatômica e fisiologicamente diferentes são um dado natural; da sua observação decorrem noções abstratas cujo protótipo é a oposição idêntico/diferente, sobre a qual se moldam tanto as outras oposições conceituais de que nos servimos nos nossos discursos de todo gênero, como as classificações hierárquicas que o pensamento opera e que são valiosas.

Segundo Mathieu (2002), nossa sociedade percebeu a dicotomia de sexo como um dado fundado na natureza sobretudo depois do século XVIII. Inúmeros ritos sociais instauraram a diferença biológica e social dos sexos e sua complementariedade, concebida como igualitária às vezes, mas seguidamente marcada pela assimetria. Desse modo, as indicações femininas centradas sobre a procriação e o casamento são marcadas pela obediência ao marido. Trata-se de uma hierarquização dos sexos com prevalência do masculino.

Em seu trabalho sobre a identidade de sexo/gênero, ela afirma não ser suficiente centrar-se sobre a construção (binária ou ternária) de sexo e gênero. Os estudos sobre a conceitualização de relações de sexo e gênero permitem também perguntar como, mesmo dentro das construções ternárias, onde são transgredidas as fronteiras entre sexos e gêneros, por vezes podem se refazer sistemas de pensamento bicategorizantes.

Mathieu distingue três categorias de relações. No modelo I, a identidade sexual será baseada sobre a consciência individualista do sexo, segundo a qual o gênero traduz o sexo. O normal, nessa lógica, é adaptar o gênero ao sexo, embora haja situações em que o sexo é adaptado ao gênero. No modelo II, a identidade sexual será baseada na idéia de que a identidade pessoal é fortemente ligada a uma consciência de grupo, o gênero simboliza o sexo e inversamente. Isso exprime a elaboração cultural da diferença sexual. No modo III, a identidade de sexo ou a memória de gênero é concebida como contrária à realidade biológica

do sexo. O gênero constrói o sexo. Da noção de hierarquia e desigualdade do modelo II passa-se à noção de dominação, opressão, exploração das mulheres pelos homens.

Para ela, a introdução do gênero nas ciências humanas responde a uma política, apresenta os traços de gênero como simbólicos e arbitrários, mas deixa ao sexo anatômico um papel incontornável.

No campo da história, Scott (1992) é a autora mais citada entre nós. Segundo ela, falar em gênero na história é considerar uma narrativa complexa, que leve em conta, ao mesmo tempo, a posição variável das mulheres no movimento feminista e na disciplina de história. Para essa autora, à medida que os estudos de mulheres assumem a **categoria da diferença** como problema a ser analisado, despolarizam-se as identidades únicas, enfocando identidades múltiplas das diferenças e dos valores culturais em processos de transformação ao longo do tempo. A temporalidade passa a ser compreendida como múltipla, focalizando conjunturas provisórias e relativas a seu próprio tempo, substituindo a linearidade evolutiva de um processo histórico nacional e universal. Mas, neste caso, o universal implica uma comparação com o específico ou particular, numa temporalidade historicamente datada e compreendida na desconstrução das categorias naturais, como entidades separadas, mais do que como termos em relação. O seu foco reivindica a importância das mulheres na história e vai contra as definições da disciplina e seus agentes, já estabelecidos como “verdadeiros”. Traz à luz a incompletude e a parcialidade da forma, como o domínio com que os historiadores têm escrito história, possibilitando à sondagem da crítica a verdadeira natureza da história como uma epistemologia centralizada no sujeito. Mas, ainda assim, trata-se do foco da construção cultural sobre os sujeitos. É no interior dessas reflexões que, neste campo, constitui-se a categoria gênero. Em um primeiro momento, foi o termo usado para entender a questão da diferença sexual. A opção geral, tanto para uso lingüístico, quanto para os estudos de sociologia e dos papéis designados às mulheres e aos homens, embora correndo o risco de incorporar tônicas funcionalistas ou essencialistas, é de enfatizar as conotações sociais de gênero em contraste com as conotações físicas de sexo.

Em um segundo momento, gênero passa a ser entendido como relacional, não se podendo conceber mulheres, exceto se elas forem definidas em relação aos homens, nem homens, exceto se eles forem definidos em relação às mulheres, além da necessidade de ter que tomar em conta que gênero é contextualizado, e que homens e

mulheres não são uma realidade natural substancializada do que é a mulher e do que é o homem (MACHADO,1998).

A mesma problemática, segundo Lauretis (1994), aparece nos anos 60 e 70. O conceito de gênero como diferença sexual encontrava-se no centro da crítica da representação, da releitura de imagens e narrativas culturais, do questionamento de teorias da subjetividade e textualidade, de leitura escrita e audiência. Servia como base de sustentação para as intervenções feministas dentro do conhecimento formal e abstrato, nas epistemologias e campos cognitivos definidos pelas ciências físicas e sociais e pelas ciências humanas ou humanidades. Mas tudo isso acabou por se tornar uma limitação ao pensamento feminista, porque confinou o pensamento crítico feminista no arcabouço conceitual de uma oposição universal do sexo. Mulher como diferença do homem, com ambos universalizados, ou como diferença pura e simples.

Isso leva esta autora a reacomodar a possibilidade, já emergente nos escritos feministas dos anos 80, de conceber o sujeito social e as relações de subjetividade a sociabilidade, de uma outra forma. Um sujeito constituído no gênero, mas não apenas pela diferença sexual, e sim por meio de códigos lingüísticos e representações culturais, um sujeito múltiplo e contraditório.

Gênero, para ela, segue o mesmo caminho trilhado por **Foucault**, para quem a sexualidade é como uma tecnologia sexual – gênero, nesse caso, seria representação e auto-representação como produto das diferentes tecnologias sociais, como cinema, discurso, epistemologias e práticas críticas institucionalizadas, ou práticas da vida cotidiana. O gênero não é, portanto, uma propriedade dos corpos, nem existe a priori, mas é o conjunto de efeitos produzidos em corpos, comportamentos e relações sociais por meio de uma complexa tecnologia política.

Ela pensa o conceito a partir de quatro proposições: a) Gênero como uma representação – o que não significa que não tenha implicações concretas ou reais, tanto sociais quanto subjetivas, na vida material das pessoas; b) A representação de gênero é a sua construção e, num sentido mais comum, pode-se dizer que toda a arte e a cultura erudita ocidental são um registro da história dessa construção; c) A construção do gênero vem se efetuando, hoje, no mesmo ritmo de tempos passados, não apenas nos aparelhos ideológicos de estado, mas nas academias, na comunidade intelectual, nas práticas artísticas, nas teorias radicais e até mesmo no feminismo; d) A construção de gênero também se faz por meio da sua desconstrução.

Segundo Rubin (1998), as concepções culturais de masculino e feminino como duas categorias complementares, mas que se excluem mutuamente, nas quais todos os seres humanos são classificados, formam, dentro de cada cultura, um sistema de gênero, um sistema simbólico ou um sistema de significações que relaciona o sexo a seu conteúdo cultural, de acordo com valores e hierarquias sociais. Qualquer sistema sexo-gênero está sempre intimamente ligado a fatores políticos e econômicos de cada sociedade. Portanto, sistematicamente ligados a desigualdade social. O sistema SEXO-GÊNERO, categoria lançada por ela em 1975¹⁴, se definia “como um conjunto de acordos sobre os quais a sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, e nos quais essas necessidades sexuais são satisfeitas” p. 17

Aqui o biológico foi assumido como base sobre a qual os significados culturais são constituídos. “Assim ao mesmo tempo em que a influência do biológico está sendo minada, está também sendo invocada” (NICHOLSON 2000, p. 11).

Nesse texto, sexo ainda mantém um papel importante como provedor do lugar a partir do qual gênero é supostamente construído. Desse modo, para Nicholson os “constantes da natureza são responsáveis por certas constantes sociais” p. 12.

Deriva disso, por um lado, que os constantes não podem ser transformados. Por outro lado, do relacionamento entre o que Nicholson chama de funcionalismo (determinismo) biológico e a sociedade, podem-se pensar as diferenças entre as mulheres e os que elas têm em comum, entendendo as variações sociais na distinção das formas culturais de se entender o corpo. Este, a partir de então, torna-se uma variável, mais do que uma constante, não mais capaz de fundamentar noções relativas à distinção masculino/feminino, e aparece atuante em qualquer sociedade.

Esse processo é tanto uma construção sociocultural quanto um aparato semiótico, um sistema de representação que atribui significados a indivíduos dentro da sociedade. A construção de gênero é tanto produto, quanto processo de sua representação. Essa construção de gênero ocorre hoje através de várias tecnologias do gênero e de discursos institucionais com poder de controlar o campo do significado social e assim produzir, implantar e promover representações de gênero. Mas os termos para uma construção diferente de gênero também existem nas margens dos discursos hegemônicos. Propostos de fora do contrato social

¹⁴ The Traffic in Women: Notes on the ‘Political Economy of Sex’, en: Reiter, Rayna RL (ed.), Toward an Anthropology of Women, New York: Monthly Review press, 1975. (Traducción de Jessica Mclauchlan y Miko Lauer).

heterossexual inscrito em práticas micropolíticas do gênero e seus efeitos, ocorrem em nível local de resistências, na subjetividade e na auto-representação.

Outra contribuição derivante dessa trajetória e que se tornou fundamental, uma vez que gênero foi definido como relativo aos contextos social e cultural, é que nos foi possível pensar em termos de diferentes sistemas de gênero e nas relações deles com outras categorias, como raça, classe ou etnia, bem como levar em conta a mudança e as relações intragênero.

Considerar, portanto, a questão da diferença dentro da diferença, segundo Scott trouxe um debate sobre o modo e a conveniência de se articular o gênero como uma categoria de análise, que a autora divide em duas partes e diversas sub-partes: “Gênero pode ser um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos” e “uma forma de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1990, p.14) ¹⁵. “É um meio de decodificar o sentido e de compreender as relações complexas entre diversas formas de interação humana” (SCOTT, 1990, p.16).

Para ela, o gênero implica quatro elementos: 1) Os símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações simbólicas e com frequências contraditórias. 2) Os conceitos normativos, que põem em evidência as interpretações do sentido dos símbolos, que se esforçam para conter suas possibilidades metafóricas. 3) Uma noção de política, bem como a referência às instituições e à organização social incluídas nas análises da noção de fixidez para fazê-la explodir, eliminando também a repressão que dela deriva. 4) A identidade subjetiva, que deve ser analisada pelos historiadores e relacionada com toda uma série de atividades, de organizações e de representações historicamente situadas. Na constituição das relações sociais, estão imbricadas as instituições e a organização social como sistemas políticos e econômicos, influenciando normativamente, tentando limitar e conter as possibilidades metafóricas individuais dos símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações simbólicas.

Heilborn (1997, p. 102) concorda quando define gênero como :

¹⁵ Sobre o poder, em entrevista concedida em 1998 a Grossi, Heilborn e Rial, Scott alerta para o fato de que não podemos tratar a história apenas como a história da dominação masculina, conforme tratada por Bourdieu. Para não perdermos com isso idéias mais complexas, como as da subjetividade, e também a possibilidade para as mulheres de se reorganizarem contra as regras e as idéias que as aprisionam. A subjetividade feminina não é algo que existe como essência enquanto uma subjetividade feminina ligada ao corpo, à natureza, à reprodução, à maternidade. Mas algo que existe como subjetividade criada para as mulheres, em um contexto específico da história da cultura e da política.

Um conceito das ciências sociais que se refere à construção social do sexo. Significa dizer que a palavra sexo designa agora no jargão da análise sociológica somente a caracterização anátomo-fisiológica dos seres humanos e a atividade sexual propriamente dita. O conceito de gênero existe, portanto, para distinguir a dimensão biológica da social.

Do mesmo modo Bruschini (1992, p. 290) o define como:

Categoria analítica, como um modo de se referir à organização social das relações entre os sexos. Numa rejeição total ao determinismo biológico, que busca as explicações para a sujeição da mulher em sua capacidade procriativa ou na força física masculina, o gênero enfatiza as qualidades fundamentalmente sociais das distinções baseadas no sexo. É uma categoria relacional, que define homens e mulheres uns em relação aos outros. Rejeita-se, ao utilizar este conceito, a idéia de esferas separadas para um e outro sexo. O estudo da condição feminina, do papel da mulher na história e na sociedade passa a partir de então a ser substituído pelo estudo das relações entre homens e mulheres

Butler (1987), por sua vez, questiona a naturalização do sexo, mostrando, através de Beauvoir, Wittig e Foucault, que gênero é uma construção *onde a identidade natural não corresponde à identidade de gênero*. O devir gênero ocorre, por um lado, no corpo culturalmente construído, em um contexto de sanções, tabus e prescrições, e, por outro, na possibilidade de interação a partir do que é recebido. Ou seja, não só somos culturalmente construídos, como, em certo sentido, construímo-nos a nós mesmos.

A escolha de assumir certo tipo de corpo, viver ou usar o corpo de certo modo, implica um mundo de estilos corporais já estabelecidos. Escolher um gênero é interpretar normas de gênero recebidas de um modo que as reproduzem e organizem de novo. Menos um ato radical de criação, o gênero é um projeto tácito para renovar a história cultural nas nossas próprias condições corpóreas, não é uma tarefa prescritiva de que devemos nos esforçar por fazer, mas aquela em que estamos nos esforçando sempre desde o começo... “a opressão não é um sistema auto contido que confronta os indivíduos como objetivo teórico ou nos gera como joguetes culturais. É uma força dialética que exige participação individual em larga escala a fim de manter sua vida maligna (BUTLER, 1987).

Para Butler (1998), os sujeitos que instituem ações são eles mesmos efeitos instituídos de ações anteriores, e o horizonte em que nós agimos está aí como uma possibilidade constitutiva de nossa capacidade de agir. Butler (2002) mostra-nos que as condições nas quais os corpos materiais, sexuados, tomam forma, estão relacionados à sua existência, à possibilidade de serem apreendidos e à sua legitimidade.

O tema da diferença dentro da diferença flui também neste processo e, segundo Scott (1992)¹⁶, se considerarmos a diferença dentro da diferença, podemos perceber quanto homens e mulheres são concebidos representacionalmente e modelados socialmente de maneira muito variada, deduzindo-se assim a fraca determinação da natureza na definição de comportamentos sociais; a espécie humana é essencialmente dependente da socialização. É na cultura que a espécie se humaniza, e o faz em sentidos muito diferentes, dando vazão aos processos de diferenciação e indiferenciação de gênero.

Héritier (1996), a partir de Lévi-Strauss, preconiza que as sociedades e as culturas são todas irreduzíveis umas às outras em razão de suas características singulares e de sua experiência pontual, ao mesmo tempo irrisória e totalitária. Cada sociedade, portanto, forja sua configuração particular, e a flexibilidade das combinações possíveis abre as portas às modificações que fornecem à história, os fenômenos da estrutura, rompendo, desse modo, com todas as essencializações universalistas e lineares. É a partir do dado biológico elementar que todas exploram as possibilidades lógicas de combinações paradigmáticas.

Heilborn (1998), ao dizer que o conceito de gênero destaca a dimensão cultural, e ao sustentar que a “natureza” é um pilar sobre o qual se constrói a diferença sexual, de certo modo parte do mesmo pressuposto. Na discussão que problematiza a equação natureza/cultura, conforme tratada por outros autores (Laqueur, 1990)¹⁷, ela destaca dois pontos principais: que as teorias constroem pontos de vista e que o estatuto da natureza serve

¹⁶ Segundo a autora, é inevitável o confronto com o dilema da diferença, compreendendo-a como uma diferença que é construída através da verdadeira estrutura da nossa linguagem, que embute pontos de comparação não estabelecidos no interior das categorias que ocultam sua perspectiva e implicam erroneamente um ajustamento natural com o mundo (MINOW, apud SCOTT, 1992).

¹⁷ Laquer tenta manter uma distinção do corpo, e o corpo, tal como se constitui no discurso, analisa a história da construção do sexo no Ocidente através dos signos que atenderam a interesses culturais, político-ideológicos, que interferiram nas descobertas científicas e nas interpretações do que era observado. A construção de um corpo unissexuado (modelo do sexo único), com diferentes versões atribuídas ao menos a dois gênero, foi formulada na Antiguidade para dar valor à afirmação cultural do patriarcado; a mulher era entendida como um homem invertido (modelo metafísico ideal); constituíam signos de continuidade, da unicidade essencial dos humanos e da ordenação hierárquica das manifestações do que chamamos de Homem e Mulher. O Modelo da sexualidade bipolar masculino/feminino (fim séc. XVIII) não foi consequência de mudanças científicas, mas de mudanças da realidade social, da revolução epistemológica e político social. Serviu para justificar e impor diferenças morais aos comportamentos femininos e masculinos da sociedade burguesa. Marcar o corpo com a diferença dos sexos deu significação à desigualdade, à descontinuidade sexual, à oposição dos corpos (catálogos das diferenças atribuídas à natureza dos corpos) e à complementaridade naturais, em que se anunciava uma incomoda igualdade jurídico-política atribuída pelo iluminismo, que não fazia distinção entre Homens e Mulheres. A demarcação entre público e privado, homem e mulher, política e família acentuou-se de forma constante. O corpo sexual vai ser o motivo e a justificativa das desigualdades supostamente naturais entre homens e mulheres, entre interesses públicos e privados, dando suporte ao julgamento das condutas morais

mais como base lógica do que como postulado sobre uma distinção absoluta que todos os sistemas representacionais devem expressar. Salienta como o olhar estruturalista pode ser rentável, ocupando-se da generalidade da assimetria intrínseca aos sistemas de gênero, apoiando-se nas contribuições da Escola Sociológica Francesa (Durkheim, Lévi-Strauss e Luis Dumont).

A autora resgata o porquê de o gênero comportar hierarquia a partir da teoria da hierarquia de Dumont (1979). Nessa hierarquia se advoga que tudo o que é da ordem do humano é marcado e que o plano de significação se dá no campo do valor, entendido como operador da diferença, originando uma representação não-linear do universo, com densidade e planos de significados distintos. Desse modo, expressa-se na relação englobante-englobado a afirmação de mais um princípio: o da totalidade¹⁸.

O segundo ponto destacado pela autora refere-se ao fato de que o modelo analítico é bidimensional, ou seja, a relação hierárquica é composta de dois níveis: superior = unidade dos termos, e inferior = distinção entre os termos, comportando simultaneamente identidade e contradição. A hierarquia é uma necessidade lógica do ordenamento social, em que há duas modalidades de configuração societária, o holismo e o individualismo (forma aparentemente antagônica, que se organiza por um princípio de segmentação e valorização da perspectiva da parte sobre o todo). Segundo a autora, o princípio igualitário é aparentemente antagônico à hierarquia, e há, ao mesmo tempo, um princípio universal de ordenação social e um tipo específico de configuração ideológica, contrapondo-se ao individualismo. Num sistema social moldado pelo paradigma societário individualista, a hierarquia se apresenta como o caráter subordinado dessa totalidade. Desse modo, tal sistema reitera a afirmação dumontiana de que toda configuração ideológica depende da existência de um valor que dê significado à totalidade.

A questão instauradora, acrescenta Heilborn, remete aos termos de Lévi-Strauss sobre a problemática do incesto, que diz respeito à regulamentação das relações entre os sexos e “à lei da exogamia” (entendida como lei de troca das mulheres e do seu poder de fecundidade entre os homens). Para Lévi-Strauss, a proibição do incesto é uma dosagem de elementos

privadas que mantemos até hoje. O sexo vai diversificar os corpos de acordo com interesses culturais, sociais e políticos.

¹⁸ O trabalho de Dumont tem a virtude de desvendar o fato de que a existência das mulheres, enquanto sujeitos sociais completos, sempre foi ‘domesticada’ pelo pensamento antropológico clássico através da idéia de que o homem engloba, representa ou incorpora a mulher. Ele é a totalidade suficiente, ela é a parte insuficiente. O valor dessa contribuição está em acirrar nossa percepção para o imaginário que realmente povoa tanto o entendimento sociológico quanto o senso comum.

variados tomados de empréstimo da cultura e da natureza. Para Héritier, a distinção entre os sexos é definida como a “marca elementar da alteridade, matriz da atividade simbólica”. Apóia-se na idéia de que o pensamento se ordena em função de um equilíbrio entre as propriedades do idêntico e do diferente, fazendo da alteridade o fundamento do simbólico e do social. O incesto só permite pensar como universal a transformação do estatuto da diferença sexual, e é na passagem natureza/cultura que adquire sentido distinto.

3. Filiação e Parentesco

Nesse sentido, conforme Lévy-Strauss (1982), os sistemas de parentesco são os estatutos simbólicos, operadores que atuam nos sujeitos que obedecem inconscientemente a suas leis. O sistema de parentesco não consistiria, portanto, em laços objetivos de filiação e consangüinidade dada entre os indivíduos, mas somente como produto humano das relações simbólicas. Assim, é sempre o sistema de trocas que encontramos na origem das regras de casamento. A exogamia fornece o único meio de manter o grupo como tal; desse modo, ela evita o fracionamento e a divisão indefinidos, que seriam o resultado da prática dos casamentos consangüíneos. Acontece, portanto, com as mulheres, o mesmo que com a moeda de troca, cujo nome elas com freqüência carregam. A troca, com efeito, não vale apenas o que valem as coisas trocadas: a troca – e, conseqüentemente, a regra de exogamia que a exprime – tem, por si mesma, um valor social.

Héritier (1989) define o parentesco como o reino da arbitrariedade e da estranheza. Define-o como o estudo das relações que unem os homens entre si mediante laços baseados na consangüinidade (enquanto relação social reconhecida) e na afinidade (aliança matrimonial). Tais relações encontram uma tradução nos sistemas de designação mútua (as terminologias de parentesco), nas regras de filiação que determinam a qualidade dos indivíduos como membros de um grupo e nos seus direitos e deveres no interior de um grupo. Traduzem-se nas regras de aliança que orientam positiva ou negativamente a escolha do cônjuge, nas regras de residência, nas regras de transmissão dos elementos que constituem a identidade de cada um, e, finalmente, nos tipos de agrupamentos sociais aos quais os indivíduos estão filiados. A autora se preocupa em tentar determinar quais são as leis gerais a partir das quais são elaborados os grandes tipos de estruturas de terminologias de parentesco, tenta compreender como funcionam as estruturas particulares de aliança chamadas de estruturas semi-complexas e busca saber se as regras de funcionamento das estruturas semicomplexas de aliança são transpostas ou não nas estruturas complexas de aliança, que são as que existem, segundo ela, na sociedade ocidental contemporânea.

Héritier (1989) problematiza, igualmente, o termo “*consangüinidade*”, uma vez que essa definição, propriamente biológica, não se adapta às sociedades humanas em que o parentesco é o resultado de uma escolha. Trata-se apenas de uma relação socialmente reconhecida, em que a reprodução de homens é um meio de reprodução da ordem social. Segundo ela, não existem variações importantes dentro das sociedades nas maneiras de classificar, pensar e viver o parentesco. Entretanto, é a partir do dado biológico elementar que todas as sociedades exploram as possibilidades lógicas de combinações paradigmáticas.

Héritier (1989, p. 30) afirma, com base em Lévi-Strauss, que o parentesco,

é parte de um dado biológico elementar, que não pode deixar de ter sido variável desde sempre, que o pensamento humano aperfeiçoou, simbolizou, explorando as possibilidades lógicas de combinações paradigmáticas que este substrato podia oferecer, elaborou os grandes tipos de sistemas de parentescos de que vêm atualmente as formas tal como a história da humanidade as modelou..

No entanto, algumas das possibilidades lógicas de combinação não foram realizadas e é a sua ausência, mais do que a existência de outras, que assinala os pontos fortes dessas leis universais que procuramos. Para Héritier, o dado biológico é de extrema “banalidade”: existem apenas dois sexos, o masculino e o feminino; a procriação comporta uma sucessão natural de gerações; uma ordem de sucessão dos nascimentos no interior de uma mesma geração permite distinguir os mais velhos dos mais novos.

Essas relações naturais exprimem a diferença. É esse material, “banal” na sua simplicidade, que manipula em toda parte o trabalho simbólico do parentesco através de séries de derivações. Os sistemas terminológicos de cada sociedade humana podem ser, mais ou menos, ordenados sob uma ou outra das etiquetas dos grandes tipos terminológicos, não obstante as múltiplas combinações evolutivas que são possíveis de encontrar.

A filiação é uma regra social que define a pertença de um indivíduo a um grupo .

Na sociedade ocidental, ela é chamada “bilateral” ou “cognata”, no sentido em que somos aparentados da mesma maneira ao nosso pai e à nossa mãe, aos nossos quatro avós, aos nosso oito bisavós, etc., e que temos os mesmos direitos regulados pela lei e estatutos idênticos em todas as linhas, por pouco que a história da vida individual o permita (HÉRITIER, 1996, P. 41).

Desse modo, a consangüinidade é uma relação socialmente reconhecida e não biológica, e a reprodução dos homens é um instrumento da reprodução social. Entra na

representação simbólica da ordem social , segundo a autora, a ponto de podermos dizer que “um sistema de parentesco não existe senão na consciência dos homens e que não é mais que um sistema arbitrário de representação” (HÉRITIER, 1996, P.50).

Para a autora, quando falamos da necessidade da produção ou da sucessão de gerações, o pai vem sempre antes do filho. No entanto, sabemos que no contexto das tecnologias reprodutivas rompe-se essa linearidade geracional em que a distância temporal entre os espermatozoides congelados e a inseminação pode cobrir várias gerações. Nesse caso já é possível inverter a sucessão geracional, se, por acaso, o filho do filho fosse fruto do esperma de seu avô, o que nos impediria, em certo sentido, de distinguir os mais velhos dos mais novos, desconstruindo alguns dos pilares dessa teoria.

Segundo Hérítier, no entanto, essas inovações não o são verdadeiramente, por mais que consideremos os avanços tecnológicos e científicos dos últimos tempos.

Não existe sistema de pensamento, por mais ingênuo que nos pareça, nem sistema social, por mais apagado que seja, que não se tenha também baseado numa análise crítica daquilo que a natureza oferece aos nossos olhos, logo do dado biológico tal qual pode ser observado e interpretado com os seus próprios meios de inteligibilidade por aqueles que ponham em pratica esses sistemas (HÉRITIER, 1996, p. 240).

As regras que comandam a filiação estão igualmente baseadas naquilo que o corpo humano, logo, a natureza humana, tem de mais irredutível, que é a diferença entre os sexos. Mesmo se excluirmos a reprodução via ato sexual, não estamos excluindo a reprodução sexuada¹⁹. Desse modo, fica impossível separar o social do biológico.

Segundo a autora, não existe em nossa sociedade apenas a idéia de procriação biológica. Verificamos que todas consagram a primazia do social – da convenção jurídica que é a base do social – sobre o biológico puro. A filiação não é, portanto, simplesmente uma derivação pura da procriação, trata-se, aparentemente, também em nossa pesquisa, do desejo de descendência, de um desejo de realização e não tanto de um desejo de ter filhos e, como também frisado por Hérítier,

[...] da necessidade de cumprir um dever para consigo próprio e para a coletividade e não tanto da reivindicação de um direito a possuir [...]. Desejo e dever de descendência. Não transmitir a vida é romper uma cadeia de que é nulo o resultado final, e por conseguinte interdita-lhe o acesso ao estatuto de antepassado. (1996, p.246).

¹⁹ A não ser que tratemos de clonagem.

O social e o biológico em seu pensamento são um *continuun* que se dá a partir da construção do dado natural resistente à construção social: as diferenças materiais entre os sexos precedem o ato social. Nesse caso, as fronteiras entre macho e fêmea a partir do sexo são um fato pré-social. E se as regras de filiação são incorporadas naquilo que o ser humano tem de mais irreduzível – a diferença entre os sexos –, como podem nos explicar os estudos de biólogos que têm nos dito sobre a possibilidade de apresentarmos diferentes níveis sexuais no processo de constituição do nosso sexo?

Entendemos que o pensamento humano trabalhe sobre o dado biológico, dado que, por ser variável desde sempre, tem permitido possibilidades lógicas de combinação paradigmáticas, conforme Hérítier. Mas observamos que essas possibilidades são construídas como *continuun* entre o dado biológico e o social, a partir da dicotomia natureza e cultura, tomada sob a diferenciação bicategorizada do sexo. Nessa lógica, o sexo biológico não é passível de questionamentos.

Nós estamos assumindo que os sexos podem ser muitos, a partir de estudos no campo da biologia. Se eles podem ser identificados como muitos, estamos dizendo que a própria base material, a natureza, não é a mesma daquela da bicategorização por sexo. Ela comporta bicategorização em gônadas sob as diferenças que se constituem em genitália masculina e feminina, “lidas” pela sociedade como normalidade, classificando-se, portanto, todo o resto por anomalia. Mas essa dicotomização não expressa todos os outros níveis constitutivos das correspondências (no mesmo corpo) entre gônadas, cromossomos, genes e fenótipos não correspondentes. Ela expressa somente a da leitura da genitália; não se trata, neste caso, de comportamento, mas de níveis físicos, de corpo masculino ou feminino, que são traduzidos em gênero.

Essa bicategorização é apenas uma construção social do dado biológico, que pode ser essencialmente outra, que passa a ser também compreendida e representada de outro modo, na medida em que são construídos novos métodos de análise e modificados os enfoques epistemológicos dos estudos sobre sexo. É o fundamento natural dessas categorias que passa a ser questionado. Ao contrário do que parece acontecer em Hérítier, para quem é o sexo social construído sobre o modelo binário, que é imperativamente masculino ou feminino, e esse dado no interior de um entendimento de que as diferenças biológicas entre os sexos precedem o ato social. Nesse caso, as fronteiras biológicas entre machos e fêmeas são um fato pré-social, impeditivo da problematização sobre o que é assumido como natural.

O artigo de Kraus (2000) demonstra como as pesquisas que visavam determinar o elemento único que define o sexo biológico foram sistematicamente malsucedidas. A passagem a um nível sempre mais elementar de organização – da anatomia, às diferenças hormonais, depois às diferenças cromossômicas, e, finalmente, aos gens, não eliminaram a ambigüidade, mas, mais do que isso, as aumentaram, porque os diferentes níveis de análise propostos não se acordam entre si. Nós podemos assim ter um sexo anatômico diferente de um sexo cromossômico e isso demonstra que há uma impressionante riqueza de situações intermediárias.

Estudos desenvolvidos por Oudshoorn (2000) também mostram as dificuldades encontradas para atribuir, de uma maneira inequívoca, as características macho e fêmea aos hormônios. As pesquisas desenvolvidas nos anos 1920 e 1930 encontram que as moléculas se sujeitam mal a categorias pré-determinadas. Os hormônios masculinos e femininos se revelam como tendo estruturas químicas extremamente próximas e efeitos biológicos muito variáveis. Existem hormônios masculinos que se encontram nas mulheres também e que introduzem efeitos feminilizantes. E, inversamente, existem hormônios femininos que podem levar a efeitos masculinizantes.

A partir desses pressupostos, precisamos considerar que, mesmo tomando em conta que, em Hérítier, a identidade da pessoa se funda dentro de um *continuum* entre o biológico e o social, e ela contraponha social e biológico e não natureza e cultura, não podemos perder de vista que a biologia e a fisiologia e, portanto, as naturezas, são conceitualizações sociopolíticas. O social também não é artificial, mas está do lado do artifício, e o parentesco e os sistemas de filiação são eminentemente sociais. “O social não é jamais redutível ao biológico, nem a fortiori ao genético, ele é sempre consequência do biológico” (HÉRITIER, 2000 p. 113).

Isto resulta evidente à luz das revisões da história da biologia, da embriologia e das imagens do corpo, nas quais é possível verificar que tanto sexo biológico quanto sexo social são ambas construções sociais (GARDEY; LOWY, 2000).

Pensamos que talvez Strathern tenha visualizado formas mais eficazes de romper com a dicotomia natureza/cultura. Preocupada em refletir sobre como opera a cultura sobre a base do parentesco euro-americano, Strathern procura delinear, a partir da reflexão sobre o parentesco, como natureza e cultura são recolocadas em novas e complexas relações. Toma os novos tratamentos de fecundidade como desestabilizantes do conceito de natureza, gerando impactos sobre outras idéias de parentesco.

Na trilha de compreender como os conceitos de natureza e cultura são colocados em novas e complexas relações contribui para a reflexão de como opera a cultura. Compreende a cultura como as conexões entre os conceitos, que, por sua vez, estendem ou deslocam seus significados através de concatenações de idéias. Trata-se das maneiras como as pessoas estabelecem analogias entre distintos domínios de seus mundos. Na forma de conexão ou contraste, um conjunto de idéias pode ser utilizado para representar outras. Perguntar-se sobre os efeitos das inovações no campo reprodutivo é perguntar-se sobre os efeitos de todo tipo de outras relações, como sugere a leitura de Piscitelli(1998) da obra de Strathern.

Por parentesco Strathern (1992) não entende, portanto, simplesmente os caminhos em que parentes interagem uns com outros, mas como tais relações são apoiadas para serem constituídas. Fazendo sexo, transmitindo genes, dando à luz, estes fatos da vida estavam tomando as bases das relações entre parentes, uma vez que construídos como alicerces para essas relações entre esposos, irmãos, parentes e crianças. As idéias de parentesco ofereceriam uma teoria sobre a relação da sociedade humana com o mundo natural. Piscitelli diz que, ao pensar que o parentesco é a construção social dos fatos naturais, os domínios dos assuntos sociais se combinariam com o mundo natural, ao mesmo tempo em que se separariam, afirmando-se, desse modo, a diferença entre ambos (PISCITELLI, 1998). Ter relações sexuais, transmitir genes e dar à luz são fatos da vida que foram tomados como base para as relações entre esposos, irmãos, pais e filhos. As pessoas reconhecidas como parentes são as relacionadas pelo sangue e as relacionadas pelo casamento, isto é, são aquelas que resultaram da procriação ou de uma perspectiva de procriação. E o processo de procriação, como tal, é visto como pertencendo ao domínio da natureza, e não ao domínio da sociedade. Assim, o parentesco é visto como um arranjo social dos fatos naturais, conectando desse modo os dois domínios. Portanto, um parente do qual não se tem dúvida é aquele que está ao mesmo tempo relacionado pelo sangue e cujo relacionamento é reconhecido socialmente. Havendo um laço biológico, sempre haverá a questão de se este será seguido por um reconhecimento social ou não, o que irá depender do amparo jurídico construído pela sociedade.

Não se trata apenas de formas nas quais parentes interagem uns com os outros, mas como relacionamentos iguais são constituídos pelo sexo, pela transmissão de genes e pelo nascimento. Esses fatos da vida, tidos como bases das relações entre esposos, pais e crianças, são, por seu turno, bases das relações de parentesco, incorporados nos modelos reprodutivos em que há suposições acerca da conexão entre fatos naturais e construções

sociais. Também incorporam certas idéias a respeito da passagem do tempo, das relações entre gerações e, acima de tudo, sobre o futuro.

Nesse caso, as possibilidades contemporâneas de procriação introduziram um novo contraste entre processos naturais e artificiais. A reprodução assistida criou um parente biológico como uma categoria em separado. Pelo mesmo processo, o parentesco social está sendo marcado por uma deficiência potencial em credenciais biológicas, (quando se trata de um doador, ou de vários doadores no mesmo processo de material genético).

Assim, o parente natural do futuro poderá ser aquele que não tem nenhuma técnica especial envolvida, ou aquele que não requer nenhuma legislação especial. Dessa forma, poderá ser parente natural aquele que combina atributos biológicos e sociais legais. O que se constituirá como novo será a assistência que vier a ser dada para cada um desses domínios. Os fatos naturais da procriação têm sido assistidos pelos avanços médico-biológicos, enquanto os fatos sociais de afinidade e reconhecimento das relações têm sido assistidos pela legislação. As afinidades são duplamente assistidas.

Segundo Strathern, os euro-americanos não vêem nada de excepcional na possibilidade de facilitar os processos físicos, pois compreendem que tal operação mantém intacta a independência pessoal e a identidade social. O paradoxo disso é que essa facilitação do processo não implica automaticamente fazer parentes. Isso assiste o fazer crianças. O que está aqui contemplado é o fazer de pessoas e, especificamente, de pessoas individuais – o material genético tem conseqüências para a pessoa que nasce dele e isto faz parte de sua identidade.

Os euro-americanos podem pensar o parentesco existindo entre abstratas ou inanimadas entidades, tais como sociedade e tecnologia. Eles as pensam igualmente, engajando pessoas em mútuo acordo. Como conseqüência, pessoas podem sentir-se poderosas ou sem poder a partir das relações em que estão colocadas.

Talvez alguns avanços no sentido de romper com as dicotomizações entre natureza e cultura possam ser visualizados em autoras como Strathern. Esta autora, partindo da comparação entre “nossas” noções de natureza e cultura e as crenças dos Hagen, discute a maneira como nossos estereótipos sobre homens e mulheres incorporaram a dicotomia sujeito e objeto. Isso deriva das noções de “propriedade”, de mundo “natural” sobre o qual se atua, entretanto entre os Hagen não há uma concepção de cultura no sentido de trabalhos cumulativos do homem, nem da natureza, no sentido de algo a ser domesticado e tornado produtivo. Os Hagen utilizam expressões idiomáticas de

gênero para falar sobre o social como algo oposto aos interesses pessoais e sobre o “cultivado” como distinto do selvagem. No entanto, os dois domínios não são colocados numa relação sistemática: falta a metáfora - ocidental - do domínio da cultura sobre a natureza (MACCORMACK; STRATHERN, 1998).

Strathern (1988) propõe pensar gênero apenas como uma diferenciação categórica que assume conteúdos específicos em contextos particulares. Nesse sentido, gênero refere-se à apreensão da diferença entre os “sexos”, que assume invariavelmente uma forma categórica, tanto se o “*sexing*” na psique de uma pessoa for considerado inato como se não o for. A importância dessas categorizações reside no fato de que as reações sociais são construídas através delas. O gênero, pensado como categoria “empírica”, é um operador de diferenças não preestabelecidas que marcam e que só podem ser compreendidas contextualmente.

Podendo criticar os pares binários natureza/cultura, estabelecemos todo o questionamento das diferenças biológicas como base universal para as categorias macho e fêmea, além das bases fixas que operam a diferença. Pensar gênero é pensá-lo, portanto, como diferente de categoria analítica (visão de Scott), é pensá-lo, simplesmente, como um tipo de diferenciação categórica. Ele é apresentado como uma concepção que deixa de enquadrar-se nas dicotomias ocidentais e como principal meio através do qual são construídas relações sociais orientadas por “outro” modo de pensamento. Cada melanésio possui capacidades que podem ser acionadas na interação com o outro, convertendo cada um, que é múltiplo e plural, enquanto capacidade, em um singular (PISCITELLI, 1997).

Essa desconstrução da dicotomização nos diz respeito bem de perto, na medida em que nosso campo fala da maternidade como sinônimo da essência feminina e da filiação construída sobre as bases do biológico, associada à idéia de natureza como corpo reprodutivo colocado em atividade para gerar filhos e parentes. Na ação de tornar produtiva uma natureza dotada de uma falta porque é incapaz de ser fértil, as ciências do biológico são apresentadas como as únicas capazes de fazê-lo. Tornar um homem pai e uma mulher mãe, demanda uma maneira racional e eficaz de agir, capaz de estimular uma essência reprodutiva que se encontra no interior dos corpos. Essa maneira racional acessa um conhecimento capaz de controlar e acompanhar os resultados do corpo despertado, e essa natureza que sofre o controle tecnológico é tomada em sua passividade e obediência, mesmo se os resultados são pensados sob bases probabilísticas, nem sempre passíveis de confirmação. Ao mesmo tempo,

quem faz os procedimentos, o médico, se cerca de precauções para reforçar os critérios de fixidez e estabilidade. Critérios importantes para o agir nesse contexto. Bem ao sabor do que nos diz Varikas (2000), ao estudar as numerosas maneiras de utilizar a noção de natureza como forma de subordinação nos séculos XVII e XVIII. Conforme as necessidades, essa noção podia ser infinitamente maleável, ou infinitamente rígida. Essa fase é superada a partir do século XIX, quando a natureza é identificada a uma realidade exterior imutável, a ser estudada por métodos científicos. A necessidade desses padrões de fixidez falam bem do contexto moderno, ao mesmo tempo em que falam de um saber tácito, da maneira de fazer, dos sistemas, das medidas, das tecnologias de linguagem, dos testes da história social e cultural da ciência (LOWY, 1995).

No limite trata-se da universalidade corpo fértil, visualizada na natureza feminina reprodutiva, que, no campo da reprodução assistida, é transferida para “casal fértil”, ou seja, um corpo fértil para um casal “infértil”, entendimento que nos foi inspirado por Van Der Ploeg (2001).

Nossos entrevistados falam de uma natureza que passa a ser reconstruída em suas “falhas”, pela intervenção de toda uma tecnologia química, laboratorial e médica capaz de fazer um filho. Essa capacidade de vencer uma deficiência intrínseca a um corpo e de nele produzir um filho é celebrada hoje pelo senso comum como uma “vitória das ciências da vida”, consagrando as ciências biológicas e a crença na evolução e no refinamento tecnológico.

Nessa discussão observa-se, por um lado, a idéia de “domínio da natureza”, tão presente na modernidade, como domínio autônomo da atividade humana. E, por outro lado, tem-se a idéia de “domínio da tecnologia que seria diretamente responsável pelos avanços da ciência”, fundamentos desse processo, ao mesmo tempo em que nas representações dos casais e médicos a tecnologia é percebida como “relação de ajuda”. A natureza é modificada de infértil para fértil²⁰, sendo que o natural e o artificial passam a ser realmente, conforme desenvolvido por Strathern (1992), metáfora um do outro. O natural como dado e o cultural como adquirido não é desestabilizado em seu fundamento, o que ocorre é que, ao invés de se sobrepor, eles passam a ser metáfora um do outro, construindo-se entre si.

Nesta reflexão sobre natural e artificial estamos falando de um subtexto ligado à natureza e à cultura e ao entrelaçamento entre masculino e feminino. Na medida em que

²⁰ Mesmo se, neste caso, falamos de restituição de uma função.

vemos a dualidade natureza/cultura como metáfora uma da outra, vemos o masculino e o feminino construindo-se numa continuidade entre natural, social, cultural e político (LOWY, 2000), continuidade que é dada pela crença na evolução e no refinamento dessas tecnologias a partir de sua capacidade de construir uma natureza fértil. A fertilidade passa a ser totalmente “construída” por um tempo. O tempo do nidar²¹, do gestar e do nascer. Depois do nascimento, o corpo (útero, ovários) pode não estar fértil. Ele volta à sua condição de hipofertilidade, exigindo o recomeço de sua construção, caso se queira um novo filho.

Quando o médico, em seu discurso, insiste em dizer : “É preciso ajudar uma mulher a ser feliz”, ou “Faz parte da essência feminina ser mãe”, ele coloca em evidência um modelo de “feminilidade essencializada”, fabricada para ela, a partir do entendimento de que existe um corpo natural, que é o corpo fértil feminino; o que foge a esta regra precisará ser aproximado do padrão de fertilidade, entendida como normalidade, porque ser fértil é o “normal” em toda mulher.

Trata-se da remodelação da matéria dos corpos como efeito de uma dinâmica do poder, o corpo é uma projeção culturalmente construída. Também se busca, como no estudo de Butler (1999) sobre o corpo dos atletas, uma performance.

Falamos em “padrão de fertilidade” porque as intervenções laboratoriais, cirúrgicas, químicas, médicas, em geral não curam a infertilidade, são meio paliativos, segundo Batemam (1999). Sobre isso há consenso na literatura consultada. Delaisi de Parseval (1989) nos fala que essas técnicas na verdade não são procedimentos para curar a infertilidade, são procedimentos para fazer crianças. Trata-se mais de uma intervenção para resolver um problema existencial da ausência de filhos, pois após o nascimento da criança o casal permanece estéril. Além do fato de que grande parte dos casais que entram em programas de FIV estão sem filhos (70% dos casos, segundo estatísticas australianas de 1987 para FIV). O mesmo nos diz Vandelac (1996), para quem o problema da infertilidade conta pouco. O que se busca é solução para o problema da concepção. Para Becker (2000), estar em reprodução assistida tem como paradigma não o diagnóstico, a ênfase é a aparente correção de anormalidade fisiológica para a realização da gravidez, na rapidez e do modo mais direto possível, não obstante os custos e a invasividade. Isso se aproxima agressivamente do ciclo da reprodução natural ou o contorna inteiramente, sem considerar o diagnóstico de infertilidade.

²¹ Relativo ao processo de nidação no útero, sobre o qual a medicina pouco ou nada ainda pode fazer.

O que essas técnicas fazem é dar potencialidade temporária ao que era considerado “improdutivo”. As ciências biomédicas se colocam na perspectiva de medicalizar a função que se encontra cindida. Trata-se de assistir e “ajudar” uma natureza que não funciona, a funcionar. Mas, se a fazemos funcionar, nós a estamos construindo e modificando suas potencialidades. Se a estamos construindo, nós o fazemos através de instrumentos e práticas. São esses instrumentos e práticas que circulam, articulando clínicas, laboratórios, mídia, trabalho e dinheiro no contexto científico, que é, ao mesmo tempo, capaz de universalizar-se regionalizando-se, e de regionalizar-se universalizando-se, na mesma dinâmica em que se dá a transferência de conhecimento dos centros considerados mais avançados para lugares onde o processo é relativamente recente, ou seja, do universal ao particular.

Desse modo, dá-se também a continuidade entre o social, o cultural e o político. As redes de relações se estabelecem entre médicos, pacientes e laboratórios. Pacientes e pacientes, médicos e médicos, médicos e técnicos. Médicos e outras clínicas, médicos e produção científica apresentada em seminários e congressos e clínicas entre clínicas, criando suporte social e sustentação para a formação de práticas “standartizadas” nos modos de procedimentos para medicalizar. Essa intervenção permite problematizar a categoria essencializada “corpo fértil”, mesmo que as bases do resultado desse processo estejam ainda condicionadas a dados probabilísticos. Concomitantemente, leva-nos a pensar nos fatos biológicos como fatos sociais históricos, legados do campo da ciência, ao mesmo tempo que demandados e construídos socialmente.

4. Maternidade e Paternidade

As dicotomizações e descontinuidades entre o natural e o cultural, entre o orgânico e o subjetivo são estabelecidas pela linguagem e pelas práticas sociais que performatam realidades cotidianas no campo científico (Keller- Fox, 1999).

Desse modo, concordamos com a crítica sobre a afirmação de que a maternidade humana funda-se na relação natural, biológica, da mãe com seu filho, e a paternidade, se constitui em uma função social construída pela cultura, (TUBERT, 1996). Criticar esse dualismo essencializado é reconhecer a natureza não como dom, mas ela própria inscrita em um sistema de significantes que obriga-nos a questionar a constituição de nossa própria natureza e a reconhecer as palavras, os mitos, as leis e os discursos que nos fizeram. Por sua vez, a equação mulher/ mãe/ natureza não funciona só como suporte narcisista (CHATEL, 1998), mas se organiza numa ordem simbólica, constitutiva da

diferença dos sexos em termos binários homologados ao dimorfismo sexual (TUBERT, 1996).

Esses pressupostos nos levam a questões fundamentais para o entendimento do contexto das NTRc e suas demandas particulares, se tomarmos em conta os avanços tecnológicos e as preocupações com a infertilidade, com a maternidade e a paternidade e o argumento usado pelos médicos sobre o desespero da mulher em sua busca (FRANKLIN, 1990).

Nossa pesquisa dá conta de nos dizer que o tratamento para engravidar, no campo dessas tecnologias, prescinde de novos entendimentos sobre as possibilidades reservadas às formas de maternidade e paternidade, bem como da entrada do homem a ser medicalizado, como uma escolha que ele deve fazer e sustentar ao longo do processo. Ainda, que a medicalização continue prioritariamente se dando sobre o corpo feminino, visando crianças, mais do que a condição biológica da maternidade, segundo Crowe (1990). Considere-se também que, para Vacquin (2001), os casais que tentam esses tratamentos são divididos em dois em seu ser e em sua experiência durante o tratamento e nos significados que são construídos sobre o que eles fazem.

Resta-nos saber quanto o companheiro/futuro pai se sente participante não apenas de um momento, mas de uma dimensão importante de sua vida: a vida reprodutiva. Quanto ele se vincula ao universo das emoções via paternidade, como fonte de realização pessoal (LECZNIESKI, 2000)²².

Os estudos de Giffin e Cavalcanti (1999), por exemplo, apresentam os homens como objetos e sujeitos emergentes no interior do campo da reprodução. Segundo elas, há atualmente na sociedade indícios de que os homens começam a expressar sua insatisfação com uma identidade masculina calcada na dominação, na força e na atuação no público e passam a reivindicar um espaço privado.

Também, segundo essas autoras, nos estudos de gênero realizados por várias pesquisadoras, aparece o repúdio à identificação exclusiva do feminino com a esfera da reprodução e das relações pessoais, embora a maior parte dos estudos sobre a sexualidade masculina tenha se voltado para a discussão da homossexualidade. A entrada do homem heterossexual nesse campo já se apresenta como um espaço de

²²Leczneski, Lisiane Koller. Os sentimentos materno e paterno: o natural, o social e o lugar das emoções. Texto apresentado na XXII Reunião da Associação Brasileira de Antropologia de 15 a 19 de julho / 2000.

inovação. O papel de provedor vem perdendo relevância, e no campo da sexualidade alguns pesquisadores apontam para uma relação de aproximação entre sexo e afeto, entre amor e razão.

Siqueira (1999) reconhece práticas sociais que sinalizam a busca de novos modos de ser no mundo. Essas práticas ao mesmo tempo coexistem com práticas em que os sujeitos se mantêm nos padrões que aquelas pretendem denunciar/desconstruir. Exemplifica dizendo: “Encontrei, por exemplo, homens que maternam, mas que não abrem mão de seus lugar de autoridade na família, ou que mantêm o duplo padrão de moral sexual, afirmando que isto é coisa de homem” (SIQUEIRA, 1999, p. 195).

Por outro lado, segundo a autora, a sociedade continua delegando as responsabilidades com os filhos à mulher. Nesse sentido, é interessante atentar para as políticas de saúde materno-infantil e aos programas de atendimento à gestante, que, freqüentemente, quando não desconhecem a participação do pai, relegam a ele um papel secundário. Isso se explica pelo fato de que há toda uma história social e de teorias nela gestadas e pautadas pelo modelo tradicional patriarcal que enfatizam a relação mãe-filho, o que não nos impede de reconhecermos sinais de mudanças e novas formas de viver a maternidade e a paternidade, além de uma nova relação entre pai-mãe-filho que começa a crescer no interior dessa ambigüidade.

Siqueira (2000) também nos diz que na década de 90 houve uma emergência de estudos sobre a masculinidade e o valor subjacente que possui a paternidade para as masculinidades.

Do mesmo modo, Costa (1998) analisa a importância da paternidade para a elaboração da masculinidade e, neste caso, também para gênero. Segundo ela, a análise da polêmica levantada em torno da possibilidade da clonagem humana revela representações sobre a paternidade, particularmente a partir da desestabilidade gerada.

A autora exemplifica afirmando, primeiro, que os termos pai e mãe passam a ser usados na clonagem, embora Dolly seja um clone e não uma filha. No entanto, as situações de maternidade e paternidade foram ativadas para tratar de uma cópia. Segundo, que há um crescimento do consenso de que os homens devem estar mais presentes na sua função paterna, para além do seu papel de provedor. Terceiro, que ao mesmo tempo, há uma oscilação entre o discurso feminista que reivindica a participação do homem como um dever e o discurso que enfoca o novo homem, defendendo sua participação como um direito.

No interior da oscilação entre um discurso do homem macho e opressor com seu correlato, a crise da masculinidade, insere-se a reação negativa à exclusão dos homens das esferas da reprodução e da descendência, tal qual se apresenta na polêmica em torno da ovelha Dolly. O mesmo nos é apresentado por Strathern (1995), quando analisa a síndrome do nascimento virgem.

Essa emergência corrobora a tese de que devem ser efetuados deslocamentos conceituais no campo dos estudos de gênero e suas decorrências na área de saúde e direitos reprodutivos. As pesquisas desenvolvidas na década de 90 sinalizam para o desconhecimento do funcionamento masculino e dos sentidos atribuídos pelos homens à reprodução e à sexualidade. Tanto Siqueira (2000) como outros autores (VILLA, 1999; MEDRADO; LYRA, 1999)²³ apontam para o fato de que, considerando o gênero e os direitos reprodutivos enquanto eixos articuladores do processo de constituição transdisciplinar da saúde reprodutiva como campo de investigações e intervenções, a inclusão do homem nessa arena parece ser uma necessidade urgente.

Arilha (1999), igualmente, explicita como as preocupações com a população masculina vêm crescendo no Brasil, especialmente entre os formuladores de políticas que se dedicam nacional e internacionalmente ao campo da saúde reprodutiva. Isso, em consequência da constatação da insuficiência dos resultados obtidos em torno da saúde reprodutiva das mulheres e da identificação do homem como sujeito de necessidades específicas. Para ela, há uma indicação de que será impossível continuar pesquisando no campo da sexualidade e da saúde reprodutiva, focalizando unicamente as mulheres.

Nesse sentido, é preciso promover uma compreensão relacional de gênero mais substantiva. Incluir os homens não significa apenas um ponto de apoio para o bem-estar das mulheres, mas a reconstrução de processos sociais e de mentalidades, fundamental, segundo os médicos, quando se trata de reprodução assistida. A autora pondera que, no caso do Brasil, trazer os homens para a cena da saúde e dos direitos reprodutivos de maneira mais substantiva, supõe desafios no campo da conceituação, da ação política e, também, na esfera de formulação, desenvolvimento e avaliação das políticas públicas. Ela conclui por dizer que os sentidos dados por homens e mulheres ao corpo sexual são diferenciados e, portanto, remetem-nos a lógicas de concepção de corpos diferentes. Esse fato constitui-se em um campo enorme de intervenção

²³ Discute a invisibilidade nos dados sociodemográficos dos pais adolescentes. Problematicam a legitimação da ausência paterna a partir da invisibilidade da paternidade nos levantamentos estatísticos.

diferenciada, na educação para a sexualidade e para a saúde reprodutiva. De certo modo, Minella (2000, p. 180) nos reporta ao mesmo pensamento, quando diz: “os provedores de saúde reforçam as desigualdades de gênero dos usuários, considerando a mulher como primordialmente responsável pelo planejamento familiar, elaborando práticas que não facilitam a sua auto-determinação”.

Para nós interessa considerar esses aspectos e suas possibilidades de reconfiguração no contexto das NTRc, a partir de autoras como Delaisi De Parseval (2000), que desenvolveram estudos sobre paternidade no contexto das NTRc. Segundo ela, conforme será tratado no capítulo IV, há quatro características intrínsecas às possibilidades de paternidade no interior das NTRc.

Consideramos ainda os estudos sobre maternidade, os que têm contribuído para criticá-la e desconstruí-la nos seus enfoques biológicos e essencializados. Estudos centrados nas mulheres, tomando a maternidade como dado biológico e como responsabilidade social, os de vários autores, dentre eles Badinter (1981; 1980); NAVARRO (1996); TUBERT (1996). E ainda os que são desenvolvidos tomando-se em conta a prática médica sobre o corpo feminino e que se voltam para as reflexões sobre maternidade no interior das práticas conceptivas da reprodução assistida, tal qual tratada por Dhavernas Levy (1999), para quem, nesse contexto, o processo da maternidade é dividido em dois: o aspecto genético e o aspecto gestativo, cindindo as certezas sobre quem é a mãe. Ao mesmo tempo, esse contexto é legitimado pelo envolvimento do casal (SALEM, 1987) em busca do próprio filho, como uma inquietação que não se resolve com a adoção (QUEIROZ, 2002; FONSECA, 1995). Tome-se em conta ainda que, mesmo quando esse processo é possível, ele suscita resistências e ambigüidades diante da possibilidade da doação/recepção de material, o que, por sua vez, também provoca dificuldades diante da necessidade de utilizá-lo, (JOUANNET, 2001), ou sobre o que fazer com os embriões (NOVAES; SALEM, 1999).

Essas colocações não são apenas ilustrativas das relações entre natureza e cultura, sexo e gênero; elas nos reportam a pensar o corpo e as funções da maternidade e paternidade, problemas fundamentais da nossa tese. Estamos de acordo que sua identificação com a reprodução biológica é produto de um sistema de representações, uma ordem simbólica que cria a ilusão de naturalidade. A função biológica da reprodução adquire, na ordem simbólica que define a cultura, um valor “remetedor” a campos semânticos complexos, definidos nas articulações significantes, e não a um objeto supostamente natural, e, portanto, é uma função cultural, social e política.

**Parte II. Invertendo natureza e cultura: maternidade e paternidade
no contexto tecnológico, seus efeitos e riscos.**

Capítulo IV

NTRc: maternidade, paternidade e filiação a partir das representações dos casais e médicos.

Quando nos propusemos a estudar as representações dos casais e médicos sobre NTRc à luz dos estudos de gênero, tínhamos consciência da extensão e complexidade de cada uma das problemáticas envolvidas nessa escolha. Por isso, no sentido de não gerar falsas expectativas, e, ao mesmo tempo, não cair no engodo de achar que podemos tratar sobre todas as questões em um capítulo de tese, embora todas se encontrem no conjunto de nossas preocupações teóricas, optamos por uma hierarquização dos temas, a partir da centralidade de nossa discussão. Neste capítulo observaremos se as representações dos médicos e casais sobre NTRc permitem estabelecer hipóteses sobre mudanças culturais nas concepções de maternidade, paternidade e filiação.

No seu primeiro aspecto, apresentamos, a partir da contraposição entre útero e espermatozóide, como se dá a base discursiva e concreta sobre a qual a tecnologia desenvolve a sua intervenção. A existência do útero é o fundamento sobre o qual se decide sobre a possibilidade de tratamento e o espermatozóide ganha papel ativador do processo. A constituição da categoria *casal infértil*, o segundo aspecto abordado, permite ao médico tratar a esterilidade como problema do casal. O sujeito-mulher desaparece, ao mesmo tempo em que o homem passa a ser tratado e a conceber-se como apoio para a mulher, permitindo, desse modo, o agir médico, que se constitui na ética *querer do casal*.

No seu terceiro aspecto, tratamos de como as representações sobre paternidade estão associadas a um conjunto de valores em mudança que contemplam desde a superação das resistências ao tratamento por parte dos homens, até as mudanças nos critérios de análise em relação ao uso dos exames masculinos e as mudanças na associação entre infertilidade e impotência. Mas existem ainda mudanças ligadas ao papel social de pai, visualizadas na busca pelo filho do “próprio sangue”, no projeto de conjugalidade.

Na seqüência, analisamos como o resgate genético/biológico é reforçado nas concepções de maternidade. Mesmo se consideradas as diferentes possibilidades de maternar construídas pelas NTRc, o filho do próprio sangue insere-se no desejo de consangüinidade e na construção da conjugalidade.

Mantemos essas questões assim interligadas porque não visualizamos possibilidades de desagregá-las, uma vez que perpassam toda a problemática da tese, a partir dos estudos de gênero. O gênero, conforme desenvolvido no capítulo II, é pensado como categoria

empírica operadora de diferenças e também como conceito teórico conjuntural e relacional das imbricadas relações entre natureza e cultura, entrelaçadas ao masculino e feminino.

Esclarecemos, portanto, que nossas análises sobre maternidade, paternidade e filiação serão desenvolvidas a partir do contexto das NTRc. Ou seja, da experiência dos que as buscaram, em clínicas que trabalham com reprodução humana, conforme delineadas no capítulos anteriores, o que fazemos através de um recorte temático, em sintonia com a bibliografia consultada. Desse modo, este capítulo recupera as preocupações iniciais em torno das NTRc, à luz dos estudos de gênero. São os aspectos ligados à maternidade, paternidade e filiação, questões antropológicas/existenciais dos envolvidos na busca pelo filho, que permitem, também, em grande medida, o desenvolvimento dessas tecnologias.

Sob a inspiração de Keller-Fox (1999), tomamos as palavras dos entrevistados como representações do seu entendimento e do seu fazer, ao mesmo tempo em que elas representam as novas realidades cotidianas, realidades que propagam uma visão de mundo e um relato sobre sua experiência, capazes de falar do passado e do presente, ao mesmo tempo em que perfilam o futuro. O que dizem os entrevistados sobre as NTRc é, ao mesmo tempo, uma linguagem que fala da sociedade e de si mesmos, como numa autobiografia. Desse modo, rompemos com a dicotomia de que as palavras são uma coisa e os atos são outra, já que para nós, como para a autora, “dizer é fazer”. Dizendo de outro modo, a função da linguagem não é unicamente descritiva, mas também performativa. Falamos, nesse sentido, do ato em palavra. Os atos são necessariamente enunciados sociais, que dependem da existência de convenções, estabelecidas entre os locutores, dentro de algumas circunstâncias, entre as pessoas autorizadas a produzir efeitos.

Segundo a autora, nem toda linguagem é igualmente útil e não exerce sempre o mesmo poder de atração. Sua eficácia se dá a partir da existência de convenções sociais partilhadas, e é a existência da autoridade, conferida por essas convenções, que acaba por determinar seus usos. Dependem ainda de sua semelhança com a família de representações já existente.

Considérons, par exemple, les façons de représenter le processus de fécondation biologique. Il y a vingt ans, ce processus pouvait être décrit de manière à la fois efficace et acceptable dans des termes évoquant le mythe de la Belle au bois dormant (pénétration, conquête et réveil de l’oeuf par le spermatozoïde, par exemple), précisément parce que cette imagerie correspondait aux stéréotypes sexuels dominants (voir Martin, 1991). De nos jours, c’est une autre métaphore qui nous paraît à la fois plus utile et plus acceptable: dans les manuels contemporains, on a plutôt tendance à parler de la fécondation dans la langue de l’égalité des chances – définie, par exemple, comme le processus de rencontre et de fusion de l’ovule et du spermatozoïde. Ce qui était une métaphore socialement effective il y a une vingtaine d’années a cessé de l’être, en grande partie en raison d’une évolution

radical de la perception idéologique de la différence des genres (KELLER-FOX, 1999, p. 12).

Compreendemos, portanto, sob a inspiração de Keller-Fox, que as falas dos entrevistados expressam metáforas e representações que se sustentam em diferenciados e ambíguos níveis de entendimento, ao mesmo tempo em que nas práticas e nos fatos sociais. Essas falas, por vezes, reportam-nos a velhas concepções sobre as tecnologias, maternidade, paternidade e filiação, mas também, por vezes, mostram-nos que há novos entendimentos sobre as mesmas. Elas podem trazer tanto a flexibilização sobre o que estava recrudescido em sistemas de práticas cristalizadas, quanto permitir concepções ambíguas, ao mesmo tempo em que apontam para sensibilidades nunca antes percebidas.

De ora em diante, portanto, nosso esforço será o de perceber quais são as representações que alimentam médicos e casais na tarefa tecnológica de “fazer um filho a três¹” ou “a quatro”, se considerada a possibilidade de um doador genético.

1. A contraposição entre útero e espermatozóide

As representações dos médicos possibilitadoras dessas práticas são construídas através da linguagem da contraposição entre o útero e o espermatozóide, base discursiva e concreta sobre a qual a tecnologia desenvolve a sua intervenção.

Para nosso estranhamento, a contraposição discursiva dos médicos **não se realiza** entre o óvulo e o espermatozóide, entre gametas, as duas células fundamentais para a reprodução humana, considerada a prática morfológica. Eles constroem a contraposição discursiva entre útero e espermatozóide, pois, como eles dizem: “a mulher do casal precisa ter útero”. Mesmo que não tenha óvulo, a mulher ainda assim é percebida como um útero. “O óvulo é material genético, pode vir da doadora”. Nesse sentido, doar material genético constitui-se numa relação de ajuda dirigida a um casal (na fala dos médicos) ou dirigida a uma mulher (na fala dos casais). A mulher é um útero, fundamento que dá partida à decisão pelo procedimento.

Basta a mulher ter um útero, ela não precisa ter ovário, ela vai engravidar. Basta um homem ter um espermatozóide que se cate por aí, mesmo com biópsia de testículo, para que esse casal possa engravidar... bom, se não tem útero não tem como lidar com ela, porque o bebê de aluguel é complicado na América Latina. Mas a que tem útero, que tem condições, fica sempre a esperança....os casais lidam mal com o insucesso, a grande vantagem que a gente pode oferecer para esses casais é que

¹ O terceiro é o médico, que, ao entrar na intimidade do casal como relação de ajuda, às vezes se autodenomina como “segundo pai”, ou aquele “por quem a mulher se apaixonou”, ou ainda o motivo das piadas, feitas sobre os homens da relação casal. Episódios relatados pelos homens.

sempre há uma solução para a mulher engravidar, a não ser que ela não tenha útero (Entrevista 7, Dr. Salvador).

Essa declaração tem sua essência no corpo uterino e leva-nos à leitura que Hérítier (1996) faz de Aristóteles sobre a geração e a determinação do sexo, focada na mulher como receptáculo do esperma. Esse fato nos reporta a uma longa tradição do pensamento ocidental em que o corpo feminino, tomado em sua passividade, necessita do elemento ativador masculino.

O macho é aquele que é capaz de realizar, pela força do seu calor, a cocção do sangue, e de o transformar em esperma. “Emite um esperma que contém o princípio da forma”, e por princípio é necessário ouvir o primeiro motor, quer a ação seja conduzida em si mesmo ou em outro ser. Ora, a fêmea, matéria, não é mais que receptáculo (HÉRITIER, 1996, p. 182).

Essa forma médica de conceber a reprodução humana **está ligada à prática médica que significa intervenção**. O primeiro nível de intervenção médica é geralmente relatado pelos entrevistados como sendo os ovários, que são estimulados, e as trompas e o útero, os pré-requisitos para colocá-los em funcionamento. A pergunta que nos colocamos é: isso indica a necessidade que o médico tem de assegurar-se se há de fato um lugar para acolher o espermatozóide ou o embrião? Parece ser o caso, visto que ainda não possuímos útero artificial que o possa fazer. Ao mesmo tempo, diante da constatação sobre a existência do útero, a mulher passa a ter uma verdadeira relação produtiva. Ela irá desenvolver a vida e fazê-la crescer, interagindo com ela e sendo responsabilizada por ela.

Enquanto isso, o homem, quando faz algum exame concomitante ao processo feminino, é apenas um espermograma. Mas ele não é responsabilizado pela seqüência da vida. Busca-se nele o papel ativador do espermatozóide. Segundo HÉRITIER, 1996 apud Laveryne e Cohen 1984, p. 193):

A particularidade dos gametas femininos é um regime metabólico particular. Uma vez diferenciadas, estas células vão testemunhar uma extraordinária incapacidade em prosseguir o seu desenvolvimento; entram num estado de inércia fisiológica de tal modo que estão votadas a morrer se não forem ativadas. É então que se revela a necessidade da fecundação: o gameta masculino assegurará a função ativadora natural. Esta virtude seminal foi reconhecida desde a mais alta antiguidade.

É somente noutra etapa que se faz, por similaridade, o exame físico nos testículos e no epidídimo masculino, para detectar varicocele ou outros problemas mecânicos e/ou físicos apresentados pelos homens. Embora as clínicas disponibilizem informações em seus sites

sobre um rol de exames masculinos² a serem realizados, eles não foram relatados pelos casais entrevistados. A contraposição entre útero (ovários e trompas), de um lado, e espermatozóide, de outro, mostra que o discurso médico está focado nas partes do corpo da mulher, apesar de os médicos insistirem em suas falas no uso da categoria “casal”. A primeira resposta sobre a fertilidade ou infertilidade é dada em relação às partes do corpo feminino, como o lugar capaz/incapaz de desenvolver um filho. O espermatozóide masculino é visto pelo médico como um elemento que tem algo a oferecer sempre e, se apresentar algum problema, ele será potencializado a fim de que cumpra sua função reprodutiva³. Para potencializá-lo, poderá sofrer também ele sucessivos procedimentos chamados de capacitação (*Hacting*), mas, em geral, o primeiro procedimento médico se dá no corpo da mulher, via estimulação ovariana. Existem várias maneiras de estimular os ovários, mas a escolha do método a ser utilizado é feita pelo médico, considerada a situação de cada paciente, com base em dados clínicos, laboratoriais e radiológicos.

A estimulação ovariana é o primeiro passo para o desenvolvimento da técnica FIV/ICSI. Nela, são necessários vários embriões e, em razão disso, é preciso que se faça uso de medicações a fim de estimular os ovários a produzir muitos óvulos. Para alterar esse mecanismo natural, é usada uma medicação cujo objetivo é *desligar* o autocontrole dos ovários, preparando-os para serem estimulados. Em seguida, utilizam-se os medicamentos que estimulam o ovário a produzir um número maior de óvulos do que o habitual. Após

2 Tais como espermcitograma: exame que avalia a quantidade e a qualidade dos espermatozóides; dosagens hormonais: exames de sangue que avaliam os hormônios produzidos pelos testículos e pela hipófise; ecodopplerfluxometria funicular: exame que avalia a presença de varicocele, que é a causa mais comum (e reversível) de infertilidade masculina; ecografia transretal: exame solicitado nos casos em que não se detectam espermatozóides no ejaculado ou na presença de alterações específicas no exame físico; biópsia de testículo: pode fornecer elementos definitivos quanto à causa do distúrbio na reprodução. Além disso, tem valor prognóstico no caso de aspiração de espermatozóides do testículo. A biópsia pode ser efetuada abrindo-se o testículo ou com agulha que retire um fragmento de tecido; outros exames de sangue: principalmente aqueles que investigam doenças infecciosas. Disponível em: <<http://www.fertilitat.com.br/publicações.htm>>. Acesso em: 26 jun.2002.

3 Além do que, é preciso observar as condições descritas no mesmo *site*, onde estivemos entrevistando médicos, que indicam considerações que devem ser feitas na investigação de infertilidade. Que os espermatozóides sejam produzidos pelos testículos em número e qualidade adequados, resultados da normalidade do eixo hipotálamo-hipófise-testicular, associada à integridade anátomo-funcional do testículo; que os espermatozóides sejam adequadamente depositados na vagina durante a relação sexual. São necessárias a integridade anatômica e funcional do aparelho genital masculino (transporte do espermatozóide e ejaculação) e da vagina; que a relação sexual aconteça no momento correto, ou seja, no período próximo à ovulação; que os espermatozóides tenham livre trânsito pelo aparelho genital feminino, o que pressupõe produção de muco e anatomia tubária normal; que os ovários sejam normais, capazes de responder aos estímulos hormonais e determinar o crescimento, amadurecimento e liberação de um óvulo maduro, o que implica integridade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário; que o líquido peritoneal e o peritônio sejam normais (microambiente de fertilização); que as trompas tenham função preservada, ou seja, que capturem o óvulo, permitam a fertilização e proporcionem nutrição para o embrião, e que garantam seu transporte até o útero; que o endométrio esteja apto a receber o embrião, participar da sua implantação e propiciar a interação embrião-mãe; que o útero permita o desenvolvimento do embrião até que exista maturidade para a vida extra-uterina.

concluída essa fase, na qual o ovário irá produzir vários folículos (pequenos cistos que contêm os óvulos), faz-se a aspiração em sala cirúrgica, com ultra-som vaginal e uma fina agulha acoplada.

O que primeiro se busca saber é particularmente se a estimulação ovariana irá funcionar. Porque, mesmo considerando que o resultado deve ser a nidação uterina, não há possibilidade de potencializar os espermatozóides sem os óvulos. Esse procedimento, ao mesmo tempo em que é explicitado como potencializador dos espermatozóides, guarda a função ativa dos óvulos na interação entre os gametas, função que ainda necessita ser problematizada e revelada para desconstruir a categoria ativo/passivo em relação à interação/fusão celular. Isto possibilitaria igualmente a construção de uma nova linguagem, capaz de desessencializar os processos celulares corporais, resgatando a relação entre as células, em contrapartida ao mecanismo biológico mecanicista presente na polarização ativo e passivo.

Mas, para além das descrições fisiológicas sobre esses procedimentos, eles conduzem a novas concepções e novas linguagens. É o que poderemos constatar no segundo aspecto, quanto à constituição da categoria *casal infértil*.

2. O casal infértil

Segundo Van Der Ploeg (1999), com a FIV, no lugar de considerar as práticas médicas como constitutivas de uma nova definição dos problemas e dos pacientes, a esterilidade masculina torna-se a esterilidade do casal. Se o casal é estéril, a prática da FIV é adequada. Isso acontece através de todo um trabalho que é feito para transformar a esterilidade masculina na esterilidade do “casal.” Trata-se de deixar o corpo da mulher de lado e constituir pacientes híbridos: o casal e a junção mãe-filho no feto. Ela usa o termo *purificação*, emprestado de Latour (1991), para dizer que há um esforço concentrado em que se constroem os fins destinatários dessas práticas: os homens e as crianças. Segundo ela, esse processo diminui as possibilidades de verificar que são os corpos femininos individuais os afetados (diríamos suas partes, porque o foco é sempre nas partes, e a medicina age como se a medicação e o tratamento fossem interferir apenas sobre os ovários, o útero e as trompas).

O fato de que os casais e os fetos são considerados pacientes na FIV e na cirurgia fetal, está diretamente ligado à recorrência elevada dessas operações de escondimento do

corpo feminino. Estamos de acordo que é o que faz parecer, quando se fala *tratamos o casal* embora a transferência do embrião para dentro das trompas ou do útero e a estimulação ovariana sejam praticadas no corpo da mulher, a referência ao casal obscurece esse fato. Para nós, esconde também o fato de que o corpo da mulher aqui não é visto como um todo, mas como partes que devem ser estimuladas.

Van Der Ploeg (1999) nos diz que o casal é tratado como paciente porque há uma continuidade com a individualidade masculina; do mesmo modo, o feto se transforma, nas terapias fetais, em paciente, porque é pensado em continuidade à criança nascida e individualizada. Nos dois casos a individualidade da mulher desaparece para dar força à individualidade dos outros.

Concordando com a autora, o que observamos no discurso dos médicos analisado na pesquisa é que, ao constituir a categoria *casal infértil*, a mulher desaparece enquanto indivíduo, embora o seu corpo permaneça sendo medicalizado, particularmente os seus ovários e trompas. Ou quando, por exemplo, é o espermatozóide que não consegue penetrar na camada pelúcida do óvulo, é o óvulo que sofre uma pequena perfuração para que ele penetre, fato relatado em várias entrevistas com casais e médicos. Essas barreiras que impedem a penetração, esses obstáculos, invocam a imagem do ovócito /normal como fator de perturbação para o espermatozóide, além de desconsiderar que a fusão do espermatozóide e do óvulo se dá mais por interação química do que por penetração.

As técnicas de micromanipulação são todas concebidas como estratégias aptas a contornar barreiras e como tentativas para oferecer aos espermatozoides as possibilidades que lhes são garantidas pelo ovócito. O que não apresentava problema passa a ser tratado como problema, para garantir a possibilidade de êxito do espermatozóide que tem realmente dificuldades, mas que é considerado como capaz e normal. Uma vez eliminada a barreira, a ele é dada a aptidão que sempre teve na concepção biomédica.

Conforme Martin (1999), mesmo que as teorias sobre óvulos e espermatozoides já tenham sido revisadas, a linguagem médica segue repetindo as representações de gênero ativo/passivo, nas quais os espermatozoides *penetram* os óvulos.

Segundo ela, em recentes investigações os pesquisadores concluíram

que o espermatozóide e o óvulo se colam (*grudam*) por causa de moléculas adesivas nas superfícies de cada um. O óvulo prende em armadilha o espermatozóide e o adere tão firmemente que a cabeça dele é forçada a ficar achatada (plana) contra a superfície da zona pelúcida = envoltório do óvulo. O espermatozóide preso continua a contorcer-se e agitar-se ineficazmente de um lado para outro. A força mecânica de sua cauda é tão fraca que um espermatozóide não consegue quebrar esta ligação química. É onde entram as enzimas digestivas liberadas pelo esperma. Se elas

começam a amaciar a zona (envoltório do óvulo) apenas a extremidade (ponta) do esperma e os lados permanecem grudados, então o fraco e agitado esperma pode ficar orientado na direção certa, vencer os obstáculos e atravessar a zona, desde que sua ligação com a zona se dissolva enquanto ele se move para dentro⁴ (MARTIN,1999, p. 108-9).

Para ela, ainda que essa nova versão da *saga do óvulo e do espermatozóide* tenha aberto caminho nas expectativas (suposições) culturais, os mesmos pesquisadores que fizeram a descoberta continuaram a escrever até 1987 ensaios e resumos como se o espermatozóide fosse a parte ativa, que ataca, penetra e entra no óvulo. A única diferença introduzida a partir desse estudo foi que o espermatozóide agora fazia isso fracamente. Somente mais de três anos após essas descobertas, os pesquisadores reconceituaram o processo para dar ao óvulo um papel mais ativo. Eles começaram a descrever a zona exterior do óvulo como um apanhador (agarrador) agressivo de espermatozóides, coberto com moléculas adesivas (pegadoras, aglutinantes, aderentes), que podem capturar um espermatozóide com uma única ligação e apertá-lo na superfície da zona. Nas palavras do relato que eles publicaram:

[...] a vestimenta (parâmetro) mais íntimo (secreto) da zona pelúcida é uma concha glico-protéica que captura e amarra o espermatozóide antes dele penetrar. O espermatozóide é capturado no contato inicial entre a sua ponta e a zona pelúcida. Uma vez que o impulso (pressão) do esperma é muito menor do que a força necessária para quebrar uma única ligação, a primeira ligação deste encontro pode resultar na captura (MARTIM, 1999)⁵.

É interessante observar que essa linguagem de senso comum sobre o espermatozóide como penetrante do óvulo, ou seja, como elemento “ativo” na fecundação, encontra-se nas representações dos nossos entrevistados, tanto casais como médicos. Desse modo, os espermatozóides continuam sendo considerados os agentes ativos da fecundação e os óvulos os agentes passivos. “A médica me disse que meus óvulos tinham uma camada grossa e que seria preciso perfurar um pouco para o espermatozóide penetrá-los” .

Essa visão de ciência, recrudescida nas marcas desiguais de gênero, a partir da compreensão sobre a função dual dos gametas, constrói a linguagem científica sobre a essência das células reprodutivas, marcada pela bicategorização ativo/passivo. O

⁴Tradução livre.

⁵ “The innermost vestment, the zona of pellucida, is a glyco-protein shell, which captures and tethers the sperm before they penetrate it...The sperm is captured at the initial contact between the sperm tip and the zona....Since the thrust (of the sperm) is much smaller than the force needed to break a single affinity bond, the first bond made upon the tip-first meeting of the sperm and zona can result in the capture of the sperm. Jay M. Baltz, David F. Katz, and Ricahrd A. Cone, ‘The Mechanics of the Sperm – Egg interaction at the Zona Pellucida’, Biophysical journal, 54/4 (oct. 1988), 643,650 , apud MARTIN EMILY (1999).

espermatozóide penetrador fala do ato em potência, aristotélico, e se torna sujeito da ação. Se não é capaz de penetrar, é somente porque o óvulo não está apropriado. É o óvulo em sua inadequação que precisa ser adequado. Nesse caso, por um terceiro elemento: o raio laser, capaz de fragilizar sua zona pelúcida a fim de possibilitar que ela seja penetrada. As marcas dessa linguagem *científica* (ativo/passiva) se estenderam também para a linguagem sociocultural.

Se tomarmos a infertilidade na visão tradicional, quando ela era atribuída somente à mulher, suas células reprodutivas eram vistas como as responsáveis pela *doença* da infertilidade. Mesmo se elas fossem representadas como *passivas* e necessitadas do elemento ativador, ganhavam nas representações sociais uma função *ativa*, pois eram portadoras de incapacidades que deviam ser sanadas, e isso resultava em estigmatização.

Nesse contexto, onde não existiam formas de tratamento para a infertilidade, responsabilizava-se o corpo da mulher por sua incapacidade. Sendo ele o foco dos males, restava-lhe a responsabilidade social pelo não-cumprimento do seu papel sociofamiliar – o de conceber filhos.

No contexto da FIV/ICSI, recoloca-se explicitamente na ICSI a finalidade reprodutiva feminina, que é a de fazer funcionar o *corpo masculino*. Um homem não é considerado realmente estéril se todas as condições externas (dos outros corpos) permitem ao seu corpo funcionar. Qualquer que seja a manipulação sofrida pelo corpo da mulher, o objetivo é o de fazer o corpo físico ou social do homem funcionar. Enquanto a técnica não intervém diretamente sobre o corpo do homem, têm-se a impressão de que ela esteja apenas lhe permitindo utilizar sua capacidade.

Nesse sentido, percebemos que o contexto das NTRc é marcado pela explicitação de uma intervenção tecnológica sobre um dos corpos, mesmo se assimilado na linguagem discursiva de *casal infértil*, e se possibilita com a ICSI a chamada *cura* para o homem.

O que é feito na ICSI como tratamento para a infertilidade masculina é tornar um homem pai, ainda que ele possua um único espermatozóide. Esse espermatozóide, se colocado no contexto de uma linguagem relacional de gênero ativo/passivo, continua sendo representado como aquele que é ativo. Uma vez injetado no núcleo do óvulo, recupera-se a linguagem da penetração via tecnologia. Parece sempre ser ele o potencializador do óvulo.

Por exemplo, para a ICSI necessita-se de um microscópio especial, ao qual se acopla um sistema de micromanipuladores, controlados hidráulica e eletronicamente. Esses manipuladores, dotados de micropipetas, permitem que se fixe um óvulo e se injete no interior do mesmo um espermatozóide. Nesse caso, o espermatozóide não jaz aderido à camada

pelúcida do óvulo, ele é colocado no seu núcleo. Enquanto se procede desse modo com a tecnologia, são mantidas as imagens do ativo e do passivo na concepção tecnológica. Esses procedimentos tecnológicos dão continuidade à prática técnica sobre o pressuposto da penetração.

A mesma lógica dual desse procedimento é transferida para a construção da categoria *casal infértil* - uma categoria que fala de um híbrido: natureza e cultura. Nesse discurso, a mulher permanece sendo apresentada como responsável por 40% das dificuldades para engravidar, os demais 40% são atribuídos ao homem, e fala-se em 20% como problemas do casal. Mas o que se constata na prática é que o homem é absorvido na categoria *casal infértil* sem ser constituído como homem infértil. A medicina não trata o corpo do homem como um corpo infértil, mesmo que se fale em 40% de responsabilidade para cada um, ou em 20% de dificuldades dos dois. É outra forma de abordagem dos percentuais, encontrada com frequência na literatura analisada.

O casal passa a ser uma forma de individualidade híbrida. Não é a mulher que é designada como indivíduo, mas a atribuição da esterilidade masculina a um casal se funda em transformações e relocalizações do problema, o que constitui um indivíduo híbrido, um gênero que não está no corpo, mas na função social do casal.

Sendo assim, nesse contexto a diferença sexual é mantida sob os moldes da desigualdade entre homem e mulher. Os valores que sustentam a ação dos médicos sobre os corpos femininos e masculinos, na construção dos objetos tecnológicos reificam valores tradicionais de assimetria sexual. Ao mesmo tempo, legitimam valores consangüíneos e biológicos.

A categoria *casal infértil* possibilita manter a representação de que a infertilidade é sempre da mulher. Cria-se também um termo híbrido no social, que ao mesmo tempo mostra e esconde o homem. *Casal infértil* é uma categoria que permite sempre focar um pólo ou outro, a depender dos interesses do contexto e, até mesmo, das necessidades médico-sociais, além do momento do desenvolvimento e da demanda dessa prática.

O médico consegue mudar a categoria *casal infértil* para *casal fértil*, ainda que provisoriamente, porque esse “tratamento” visa “fazer um filho”, não curar a infertilidade, ao mesmo tempo em que mostra para a sociedade sua capacidade de curar e gerenciar a *anormalidade*; ao socializar o casal, ele socializa a si mesmo.

Embora no processo tecnológico a identificação do chamado problema do casal se dê sob a percepção da fusão dos gametas como entidades diferentes: células masculinas e femininas, neste caso, analisar os espermatozóides e identificar suas disfunções, poderia

permitir o surgimento da categoria *homem infértil*. O que acontece, contudo, é que esta linguagem não se constitui. A esterilidade, mesmo em se tratando do uso da ICSI, técnica, assumidamente criada por causa da infertilidade masculina, será vista no contexto das NTRC como sendo do casal.

Nesse caso, mantém-se a diferença entre os gametas para fins de análise e descrição de sua interação ou propriedade. Mas na expressão da considerada problemática da “infertilidade”, que é constituída na relação de conjugalidade, então se fala de um híbrido casal.

A ciência mantém suas práticas descritivas laboratoriais na observação dos gametas (óvulos e espermatozóides) e desenvolve um discurso social próprio ao novo contexto. Como dizer que a mulher é ainda responsável pela infertilidade e estigmatizar o infértil no interior do desenvolvimento científico-tecnológico? Por que continuar a focar a infertilidade sobre a mulher, se as descobertas tecnológicas já introduziram problemas noutro corpo? Como transformar esses acontecimentos em práticas sociais aceitáveis, diluídas do contexto cultural, resistente a olhar a infertilidade masculina, que continua sendo associada à impotência?

Sem constituir a categoria homem infértil, o discurso médico desenfoca a categoria *mulher infértil* para *casal infértil*, e a medicina constrói um novo conjunto de percepções, geradoras de práticas e intervenções que inserem o homem na discussão clínica, incluindo-o nas pesquisas, ainda que tímidas, sobre as possíveis causas da *ausência do filho*, ao mesmo tempo em que, em alguns casos, desenvolve procedimentos de anamnese do casal, em geral através do preenchimento de questionários⁶.

Essa nova percepção inaugura a entrada do homem a ser tratado e medicalizado no seu processo reprodutivo, e, ao mesmo tempo, a de um homem que se concebe a si mesmo como apoio e amparo para sua companheira. Em nosso estudo, os médicos contam com esta visão dos homens sobre si mesmos para se sentirem apoiados nos seus procedimentos, uma vez que, sem os companheiros dessas mulheres, eles não teriam a matéria prima espermatozóide, a não ser que incorressem em graves problemas éticos e com interferência absoluta no relacionamento. Em alguns casos, eles chegam a afirmar que a “mulher se apaixona pelo médico e ele tem que estar maduro para reconduzir este amor ao marido”. Tal eles relatam ser a admiração das mulheres para com o médico que se propõe a ajudá-las a engravidar.

⁶ Ver <http://www.fertilitat.com.br/infopac/infocasal.htm>, site que pode nos informar sobre os procedimentos em uma das clínicas, mas que fala das condutas medic@s em geral.

Ao mesmo tempo, a referência ao *casal infértil* constrói grande aceitabilidade social, isto porque se apóia na complementaridade do casal. Desse modo, segundo Neresini e Bimbi (2000), a importância do casal desloca a atenção do tratamento do aparelho reprodutivo e do desejo individual de maternidade ou paternidade, para a solução prática do problema de infertilidade, que é a concepção de um filho para um casal.

O deslocamento do foco, primeiro do desejo das mulheres de ter um bebê, para o desejo do casal, depois do desejo do casal para a qualidade da concepção, constitui a grande transposição que tem acontecido no campo da reprodução nos anos recentes. Ao mesmo tempo em que o não-nascimento da criança, como resultado do sucesso conceutivo, e a forma de um embrião mantido fora do corpo da mãe, tem-se tornado o mais importante objeto social em pesquisa na reprodução assistida.

3. O homem e a paternidade

Observamos que as representações sobre a paternidade estão associadas a um conjunto de valores em mudança. Em um primeiro nível, à superação das resistências ao tratamento, às mudanças nos critérios de análise em relação ao uso dos exames, e às mudanças na associação entre infertilidade e impotência. Segundo, mudanças no conjunto de valores ligados ao papel social do pai, seguidas da busca pelo filho do “próprio sangue”, no projeto de conjugalidade, e acrescenta-se, à “entrada” do corpo masculino no processo de tratamento.

Na fala dos médicos, o homem no campo da reprodução é um sujeito emergente, conforme tratado por Giffim e Cavalcanti (1999). Ele aparece junto à sua esposa, nas clínicas e consultórios. Ao mesmo tempo, nas representações médicos, os homens que vão ao consultório estão preocupados com a “construção da relação”, buscam sua participação no processo e dizem encontrar prazer nisso.

Eu acho que pai em um determinado momento é fruto de uma vontade. Ele é fruto de um prazer momentâneo, que é a segunda etapa. E o terceiro, ser pai é a constância e o envolvimento dele com essa criança. Isto é completamente diferente da mãe. Porque tu podes ter. Eu vou te dar um exemplo de como é diferente da mãe. Se tu tens um casamento que termina, a mãe continua com seus filhos. E se ela vai pra um casamento com aquele marido que não é o pai dos seus filhos, ele acaba adotando essas crianças. Ele acaba incorporando essas crianças. Então, a paternidade depende muito da constância. Depende muito do ambiente. Depende muito da forma como a mãe joga essa coisa dentro da sua casa. Agora isso faz parte da mãe e não faz parte do pai (entrevista 16, Dr. Alcides).

Conforme se fala acima, tratando-se das relações, em certa medida é a mãe quem faz o pai. Para o médico, no processo de reprodução assistida, é imprescindível a participação do

cônjuge, embora não necessite estar presente o tempo todo durante o pré-natal. Também, a nosso ver, para confirmar o apoio do parceiro da mulher, garantindo para o médico o processo de tratamento. Parece tratar-se, ao mesmo tempo, de garantias quanto ao fato de que estão realmente contribuindo para formar uma família heterossexual.

E de tese muitos casais se envolvem muito ou o esposo, cônjuge, parceiro, nunca deixa de estar junto, acompanha cada ultra-som do lado, participa muito, como muitos homens participam no pré-natal de suas esposas, e outros muitas vezes você nem sabe quem é, e no dia lá que o bebê nasce, você encontra pra cumprimentá-lo. É muito importante o apoio emocional, a presença física do parceiro não é essencial, é possível conduzir um tratamento bem conduzido face o impedimento da participação dele, mas a mulher se envolve mais por tudo (entrevista 11, Dr. Santos).

Estes aspectos também são reforçados nas **entrevistas com os homens do casal**, quando vários relatam terem proporcionado apoio para suas companheiras durante a fase de tratamento. Alguns se autodenominam âncora psicológica para suas esposas e recolocam, desse modo, seu papel na relação conjugal, quando em certa medida apontam para a ética da igualdade na aproximação dos processos que dizem respeito à sua reprodução e às dificuldades para obtê-la. Isto nos faz pensar no tema do *casal igualitário*, conforme tratado por Salem (1987), onde o casal planeja o filho como um evento a dois. Mesmo se, ao contrário do desejo que estes casais têm de proteger-se contra a interferência familiar, no caso dos que se submetem à reprodução assistida, está interagindo uma teia de sentidos construída a partir dos parentes e dos amigos que desejam sobrinhos e netos, ou cobram explicações plausíveis para a ausência de fertilidade.

Isso tem que ser bem administrado, psicologicamente, principalmente por parte do homem, eu não sei se é porque no nosso caso, eu sou meio que âncora psicológica. A Mirna é muito alterada, ela é muito volúvel psicologicamente, então ela se emociona por qualquer coisa, então se eu não estou perto já desestabiliza. Então eu acho que se não fosse a minha modesta estabilidade emocional as coisas não poderiam ter saído da forma como saíram. As coisas foram menos traumáticas por causa disso no caso daquilo que não deu certo. A experiência do insucesso é como qualquer insucesso, é muito difícil quantificar psicologicamente. Eu encarei tranqüilamente a primeira e na última, aí eu já encarei de uma forma muito melhor do que na primeira. Eu acho que você vai criando um escudo, uma resistência, você vai criando uma espécie de..., vai ficando mais firme, vai ficando mais firme com relação ao insucesso; não que você fique mais conformado, mas vai encarando de uma forma mais racional, vai ficando mais realista. Que nós sempre tivemos plena consciência de todas as possibilidades, de todas as probabilidades das estatísticas. (entrevista 3, Gilson, casado com Mirna).

Além disso, descrevem o acompanhamento da gravidez como uma experiência de alegria e realização pessoal que se plenifica e desenvolve sua vida reprodutiva (LECZNIESKI, 2000) e que lhes permite o encontro consigo mesmo no filho e sua ação no mundo.

“Com a minha mão nove meses na barriga todo dia, ‘papai, papai’”. Tem muita gente que acha assim, “gravidez, ah, tá”, olha só o lado que a mulher está engordando, está enjoada. Então, pra mim foi diferente, porque a gente já estava há muito tempo buscando, é especial, assim, tu ver a barriga dela começava a mexer, é outra [...], a sensação é legal, a mulher tem privilégio de carregar e tu tens o privilégio de acompanhar, tu vê ela por fora, coisa que ela não vê. Mas é legal ser pai, estar sempre ali do lado, agüentar as barrigadas de noite “chega pra lá”, na cama. Só não estava dentro de mim. Mas é aquilo que eu te falo, a mulher ao meu ver acompanha por dentro, tem um relacionamento que um pai nunca vai ter, é impossível, só que em compensação o que eu vi, ela também nunca vai ver, por que ela não fica fora (entrevista 38/37,⁷ Mario, casado com Sônia).

Mesmo que estas falas nos façam pensar em um homem novo, sensível a essa nova realidade, participante e decidindo sobre o processo de fazer um filho, ele ainda é responsabilizado (ou se assume como tal) pelo equilíbrio econômico ou emocional, pressupondo que a mulher não dará conta sozinha da situação. Por outro lado, pela primeira vez na história, ele decide entrar com seu corpo, ainda que seja com material genético, vindo até a clínica e assumindo certa exposição pública através dos procedimentos de fazer exames e coletar material. Começa-se a estabelecer, ainda que tímida, uma equivalência dos corpos, como doadores do material genético e da disposição colaborativa durante o tratamento e durante as conversas com o médico. Ele passa a formar uma rede de protagonistas envolvidos na tecnologia reprodutiva que integra a categoria híbrida *casal infértil*, ao mesmo tempo em que interage com parentes, médicos, biólogos. Poderia, se tal houvesse, interagir também com doadores de gametas.

Essas mudanças nas relações provocam novas abordagens, também no conteúdo dos exames, ainda que persistam resistências ligadas ao tratamento. Eu acho que sempre existiu, só que a parte fator masculino não era pesquisado e atualmente é ainda a pesquisa do fator masculino a pesquisa comum, cotidiana, laboratorial, ela deixa a desejar. Porque a gente que faz a reprodução assistida faz um tipo de análise um pouco diferenciada e com isso nós pegamos casos de esterilidade, considerados esterilidade sem causa aparente. Aquele esperma que era considerado normal em laboratório tu vê que na prática é diferente. Os critérios de análise são diferentes, então muita coisa que entrava para esta categoria, sem causa aparente, era fator masculino. Fator masculino sempre teve importância, mas o tabu fazia com que não se olhasse. Sempre a mulher era culpada (entrevista 8, Dra Amanda).

Esta nova dinâmica, contudo, não se dá sem certo esforço para romper com as cristalizações culturais, focadas no tratamento prioritariamente sobre o corpo da mulher por parte da medicina, e com a dificuldade desta em avaliar com critérios mais rigorosos os exames masculinos.

⁷ Sempre que o número da entrevista aparecer deste modo é porque a entrevista foi realizada em conjunto.

Então a gente manda até por mandar o marido fazer uma análise urológica, para saber se não tem uma prostatite, uma vesiculite, uma alteração de testículos. E, no entanto, ele sai do urologista assim, eu não tenho nada, e aí bloqueia a atuação da gente. Que ele nos diz que o médico falou que ele não tem nada. Ou então a mulher disse: Dra., meu marido disse que não tem nada, que o médico falou que ele não tem nada. Em muitos outros médicos clínicos que lêem espermograma e que dizem olha isso dá para ter até três, quatro ou cinco filhos. Então existe um certo preconceito até pela parte da medicina, do médico não especialista no assunto. Mas isso vem mudando. E a gente sabe que o fator masculino implica, dentro dos casos de infertilidade, em mais ou menos na metade, 40% é fator masculino. Então isso é uma estatística alta. Quer dizer não é só mulher. Geralmente os casais que vêm nos procurar os dois têm problemas, geralmente são casais que ficam muito tempo sem engravidar, não digo os casos simples. Mas os casos de mais tempo, normalmente tem fator masculino, e fator feminino. Tem as duas coisas. A gente trata como casal, a gente tem um urologista, e ele não trabalha aqui. Mas a gente manda fazer uma avaliação biológica. Se eu acho que tem uma varicocele, ou se é um caso de infecção, as coisas básicas a gente vê, mas quando chega na parte do exame biológico mesmo a gente encaminha (entrevista 8, Dra. Amanda).

Segundo os médicos, também não é fácil para o homem encarar que ele precisa ser medicalizado. Mesmo se ele se ocupa em níveis menores, se comparado ao processo de medicalização feminina.

Eu observo que os homens ainda são um pouco mais relutantes, principalmente em se tratando de fazer exames. Apesar de que se começa quase sempre pelas mulheres, parece um choque para o homem quando ele percebe que tem problemas. E às vezes é difícil levar a companheira dele ao extremo... O que eu faço aqui, embora não trabalhe com isso, é a parte mais básica, daqui para frente eu não dou seqüência com você, com a mulher, se o teu marido não apresentar os exames. Faz parte da escadinha, um exame puxa o outro. Alguns exames são invasivos, são agressivos para mulher e se o problema for masculino. Então acho que alguns homens não estão preparados para isso... Não é fácil para um homem encarar esse tipo de situação. Para os menos esclarecidos isso fere a masculinidade dele. Para os que já desvincularam uma idéia de infertilidade e impotência sexual tudo bem. Mas para os menos esclarecidos esse tipo de associação é ainda relativamente forte. A nossa cultura que é muito pouco esclarecida e em todos os aspectos (entrevista 10, Dr. José).

Essas falas parecem conformar em boa medida, de acordo com o que nos afirma Arilha (1998), que “mulheres desejam o filho, e homens desejam a família”. Segundo ela, o desejo/vontade/aspiração de ser pai viria com a maturidade e com o casamento, ao contrário do que parece ocorrer com muitas mulheres, que ainda necessitam do filho para determinar sua feminilidade, embora, no nosso caso, não esteja em jogo a feminilidade sempre. Em nosso estudo o desejo de família parece se confirmar, em relação aos homens, particularmente, quando o homem vê em sua história familiar a possibilidade de transmitir valores através da educação que ele deseja dar a seu filho. *Ensinar, educar, ter alguém para deixar minhas coisas*, são termos que estão presentes em quase todas as falas, como papel fundamental do paternar. Para o homem conta ter um filho biológico, mas conta também a estruturação de relações sociais que se darão via paternidade.

Isto se confirma pelo modo como eles definem a paternidade/o que é ser pai. Trata-se de um processo que aprofunda sua humanidade, e o filho concretiza isso porque faz com que se envolvam solidariamente com os problemas dos outros. É uma completude de vida, um exercício afetivo de tolerância, resultante do aprendizado com o próprio filho e com os outros

Eu estou muito feliz, acho que completou a minha vida. Eu me sinto muito mais ser humano. E se eu já entendia de muita coisa, se eu entendo muito os problemas das pessoas, da família, dos colegas de trabalho, hoje eu entendo muito mais. Com os filhos você começa a ver os problemas, as tolerâncias que os pais têm que ter. As pessoas às vezes têm conta que acham que não mereciam, mas com aquele sentimento de filho também sente coisas que tu não imaginava. As pessoas às vezes dizem: Puxa, se fosse meu filho não faria isso! mas depois quando está na pele tu vê que pelo laço afetivo às vezes tu acabas fazendo, tendo outra atitude (entrevista 32/31, Luiz, casado com Salete).

É o filho que permite a um homem ser pai, no cumprimento do seu “papel social”, mas também no reconhecimento de si mesmo no outro. O filho é o outro que fala da alteridade, e lhe permite marcar a passagem pelo mundo, deixando a continuidade e a seqüência de sua vida. Ele faz transcender esta vida com participação no mundo geracional. “Eu acho que uma maneira de deixar alguma coisa, uma semente tua, uma participação tua no mundo”.

Estar esperando um filho é estar em relação com uma nova realidade, que junta os desejos e os corpos, permitindo, nesse processo, um sentimento de gênero igualitário “um pedaço de cada um”. “É uma obra de arte nossa”. “Ver o filho é ao mesmo tempo reconhecer-se nele, mas saber-se aí”. “É o resultado do que escolhi ser e fazer de mim mesmo”. O homem se sente grávido como casal.

Essa experiência foi ótima para mim, na minha cabeça era o casal que estava grávido. Ela complementou a minha vida. Os filhos, era o que faltava no nosso casamento, não como complemento, depende muito da cabeça, não era o que faltava em nosso casamento em relação a nosso relacionamento, mas o filho vai ampliar mais ainda (entrevista 30/29, Chico, casado com Monique).

O filho ainda completa e cria a conjugalidade no casamento. Ele cria outra dimensão do casamento. Aquela que só pode existir com a presença de um outro. Ele é a síntese de dois corpos, ‘pedaços de um e de outro’. É a concretude do desejo de dois.

Eu também acho que é fundamental um filho num casamento, tanto para manter o casamento, como para unir mais. Isso já vem de gerações, o pai teve, teu pai teve, é uma coisa natural da vida. O ser humano quando está na terra quer fomentar mais gerações. Na hora que tu tens um filho, tu tens um pedaço da mulher e um pedaço do homem. Isso aí eu acho bem interessante. Isso é uma coisa que para mim vem a somar. O filho hoje já está muito definido, ele começa a ter opinião própria desde pequeno, ele vem ajudar muito a enriquecer a união. E uma terceira pessoa sempre tem uma opinião diferente, que pode discordar de um e discordar do outro.

Acho que isso transforma, ele se transforma no casamento como juiz, dizendo “Pai, não faça isso!” ou “Mãe, não faça aquilo”. Acho que ele vem a somar. Ele começa a ter opiniões próprias desde pequeno. Ele ajuda bastante a conciliar um casamento e a manter um casamento (30/29, Chico, casado com Monique).

O filho permite a transmissão da cultura entre gerações, a continuidade das crenças e dos valores sociais, o que dá certeza para os pais e os avós que suas escolhas no presente, no contexto matrimonial e no parentesco, terão um valor de futuro.

Na verdade, a gente chegou a um denominador comum, a gente conversa bastante nesse sentido, acho que você quer dar seqüência na sua vida, porque na realidade a gente plantou uma semente, essa semente não é só a parte física, mas também todo o conteúdo, a gente pode ensinar a ela o que a gente aprendeu com os nossos pais. Então, tem toda uma continuidade, tanto da parte dela, quanto da minha parte, eu acho muito importante dar uma continuidade, tanto o adotar uma criança, mas é fundamental, pelo menos você tentou, o resultado é o tempo que vai dizer se você conseguiu um resultado positivo, ou um resultado pra adoção. Dessa vez o resultado foi positivo. Até o jeito, até o gesto, faz você sentir que isso é gostoso, e ela, a gente, sempre tem um negócio importante na vida da gente, que é você dar a seqüência. Até no teu próprio trabalho, você dá seqüência, está incorporado isso aí, até no meu trabalho, eu trabalho com vendas, isso aí é fundamental, você dar uma seqüência na coisa e nada mais do que um filho, um não, aliás, vários. Filho é para continuar a história. Enxergar-se nele. Para reconhecer traços físicos. Para observar de quem é o temperamento que ele herdou. Identificar de quem ele é o resultado. Neste caso tem a questão da herança econômica, da casa. Quem vai continuar o patrimônio familiar. Ter alguém para criar e cuidar (entrevista 34/33, Ezequiel, casado com Anita).

Além de transcender a história do presente, jogando o pai para a história do futuro através da educação e da convivência familiar, essa criança poderá immortalizar os ensinamentos dos pais.

Eu acho que é uma questão de herança, tu vês a tua participação no mundo que se completa. E tu queres que a tua participação no mundo não cesse a partir da tua morte. O pensar que tu tens uma continuidade. É basicamente isso. Chegar no final da tua vida e verificar que tu não deixaste nada é sofrido. Deixar uma continuidade é bem importante (entrevista 26, 32 anos, 1 filho do casal, fizeram 1 inseminação e 1 FIV, segundo casamento da esposa que tinha feito laqueadura. Ela tinha um filho de 25 anos, estava com 44 anos).

Além de tratar-se do poder de fazer a vida de novo, trata-se de recomeçar novos ciclos, conforme a fala a seguir.

[...] companhia, reviver sua juventude. Fazer a vida de novo. Ver o filho fazendo o que a pessoa já não pode mais fazer. Eu não consegui alcançar todos os sonhos, vou fazer com que meu filho consiga. Eu pude fazer uma coisa que imaginava completamente acabada. Quando eu fiz vasectomia eu pensava que tinha terminado. Estou sempre esperando para não cometer os mesmos erros que cometi na vida anterior, aquela vida que começou seu ciclo... fazer tudo de novo... Então dá esta sensação de poder refazer e poder ver renascer e de poder fazer tudo de novo e agora sem aqueles erros... Sim, porque ele vai cometer aqueles erros também. Mas

dá aquela sensação de poder. Só que dá aquela impressão de que por causa da experiência ele..., tudo o que ele já viu, que ele possa fazer diferente. O primeiro choro do meu filho foi a coisa mais maravilhosa que eu já ouvi em toda a minha vida (entrevista 20/19/, 63 anos, ele tinha 7 filhos de um primeiro casamento, nesta relação eles têm 1 filho de ICSI).

No contexto mais amplo das possibilidades abertas pelas NTRc à paternidade, também se reconfiguram, conforme trabalhado por Delaisi De Parseval (2000), quatro características intrínsecas à reprodução assistida.

Primeiro – trata-se das possibilidades de uma paternidade adicional, realizada entre muitos homens e instituições; com a disjunção das funções de pai entre vários homens ou instituições: o genitor - doador de esperma, o pai que é o cônjuge da mãe, o centro médico com seus pais médicos, os juízes ou cartórios que recebem os consentimentos, dentro de uma negociação de intervenção de doação de material genético de um terceiro. Dentro do caso de IAD ou FIV-D, um cônjuge infértil pode vir a ser pai de uma criança, enquanto o genitor anônimo, chamado por convenção de doador, fecundará o *casal infértil* através da dupla mediação de seus espermatozóides e do médico, que escolhe os gametas e decide sobre quem será o doador. Trata-se de um “acúmulo de paternidades”, com o aparecimento de uma paternidade adicional, na qual muitos co-genitores – ou co-pais–, participam da concepção de uma criança.

Segundo – a paternidade se tornou intencional e adotiva, assumindo uma característica particular de uma adoção “pré-concepção”. Pode ser somente a adoção, pelo pai social, de material genético doado por um homem a seu futuro filho (via FIV), somente a adoção de um embrião dado por um outro casal ou a adoção pré-concepcional da futura criança do casal, no caso, a adoção, pelo marido estéril, de uma criança de sua companheira concebida com o esperma de um doador.

Terceiro – a paternidade se tornou adiada/ou diferente. Dentro da RA, não é mais o momento da fecundação que determina a idade da concepção, mas a descongelação dos gametas. É o que nós vemos, por exemplo, nos seguintes casos: 1) dentro dos casos dos homens vasectomizados que recorrem depois a uma inseminação com o espermatozóide dele mesmo, que havia sido congelado antes da cirurgia; 2) nos casos dos homens que sofreram um tratamento esterilizante (quimioterapia) e recorrem depois, quando curados, à inseminação artificial. 3) Nos casos em que, depois de uma FIV, o casal teve embriões congelados, ditos supranumerários, que são implantados anos mais tarde. 4) nos casos de paternidade pós-morte; alguns são favoráveis a uma transferência de embriões dentro do útero materno depois da morte súbita (acidental) do pai entre o momento da FIV e aquele da reimplantação.

Quarto – além do que já dissemos, a paternidade através do critério do DNA tornou-se certa. Para Delaisi de Parseval (1998) e outros, as análises do DNA colocam a paternidade sobre um plano estritamente biológico. O exemplo é a ICSI, técnica recente que consiste em injetar, no processo de uma FIV, dentro do ovócito, um único espermatozóide do marido ou companheiro, o que permite ao homem que tem dificuldade para engravidar, ter seu próprio filho, sem precisar recorrer a um doador, essa técnica permite a constituição da prova de paternidade biológica.

Pela primeira vez na história, dentro da RA com doador de espermatozóides, nós podemos estar certos que o verdadeiro pai não é genitor. Tanto o pai social como os doadores se garantem de uma filiação, para que nenhum, nem outro, sejam pegos em delito.

Quando, num processo de procriação assistida, o homem é o dono dos espermatozóides, na relação do casal será preservada a paternidade biológica. Porque o pai biológico é também o doador dos gametas. Porém, se nesta relação ele não for o dono dos espermatozóides, o doador passa a ser o pai genético, por referência à natureza, e o pai biológico desaparece pela ausência de referência à categoria corpo. Ele não existe enquanto corpo uterino, porque não gera, ele existe somente na relação com o corpo da mãe, porque é o marido. Sua relação é social e não coincide com a biológica.

No caso de não ser atribuída a categoria pai genético ao doador, do ponto de vista social ele é anônimo, e também não se constitui em pai biológico por falta de linguagem na prática científica e pela ausência de vínculos com a mãe. O pai do bebê que irá nascer, o marido da relação casal, será biológico sob o signo de uma falta. Isto porque a categoria biológica está constituída sob o vazio do elemento masculino, o espermatozóide do marido, na relação do casal. O marido poderá ser considerado socialmente o pai biológico, se esta reivindicação não for feita por um terceiro, mesmo que ele nunca o seja de fato, por não ter gerado. E não haverá, socialmente falando, o genético, pelo menos até agora ele não tem aparecido na linguagem comum.

Pensamos que a possibilidade de surgimento do pai genético é um fantasma a rondar a mente dos envolvidos nessas práticas, mesmo se consideramos a possibilidade de “fazer um filho a três”, e talvez, seja essa uma das explicações para a resistência dos homens em aceitar a doação de material (espermatozóide) de outros homens, e ainda a dificuldade de encontrar doadores de sêmen, encontrada na nossa amostra. Isso que nos reporta à necessidade que nossa sociedade tem da manutenção dos referenciais biológicos e de fazer coincidir o biológico com o social. Particularmente, no caso da paternidade, para não esvaziar definitivamente essa construção, uma vez que a categoria *casal infértil* já

esconde as possibilidades da identificação social de problemas de infertilidade masculina. Embora ela tenha sido construída pela medicina justamente com a proposição de tratar o homem, com o conhecimento da existência da infertilidade masculina ela poderá também escondê-la.

Cindir uma representação tão arrumada instaura, em nossas relações sociais um esvaziamento das funções paternas em sua capacidade de gerar um filho. Cinde-se, igualmente, a continuidade das relações consangüíneas forjadas no imaginário que nos acompanha e nas práticas institucionais muito mais pelas referências jurídicas e sociais à família do pai.

Mesmo que novas práticas sejam possíveis para o homem, conforme apontado por Delaisi De Perseval (2000), a ausência do seu corpo masculino com a participação do seu esperma gera o “vazio” biológico, ancoragem da representação de paternidade. Manter a nomeação pai biológico é manter a possibilidade de referências pelo desaparecimento do pai genético. Ao mesmo tempo, evita encarar as relações culturais pautadas ainda sobre bases machistas, mesmo que os médicos apontem certa mudança nas relações entre homens e mulheres. Nós mesmas a observamos, à medida que os homens entram com seu corpo no processo de reprodução assistida, à medida que se expõe coletando material, tomando remédios e passando por cirurgias. Embora, ao contrário da fala abaixo, tenhamos encontrado, na fala dos homens, resistências à doação e à recepção de material genético.

Cada vez mais os homens assumem a dificuldade de ter filhos, o machismo está perdendo um pouco o lugar dentro da reprodução humana, então os maridos aceitam mais a doação de sêmen e as mulheres aceitam, também com muita facilidade, a doação dos óvulos quando existe uma castração, seja cirúrgica, seja [...], enfim, o fato de haver uma certa dificuldade hoje nas doações, tanto de sêmen, quanto de óvulo, que as pesquisas no lado masculino evoluíram muito. Buscar espermatozóide dentro do testículo, tirar uma célula de dentro do testículo, procurar espermatozóide, isso foi uma evolução muito grande nesses últimos cinco anos. Sabe-se de casais que o marido diz que não tem nada no espermograma, no ejacular, tem dentro do testículo e isso foi um avanço muito grande (entrevista 13, Dr. Afonso).

Essa entrada ou desistência do homem nos processos reprodutivos marca, no entanto, um exemplo de comportamentos ambíguos e plurais, carregados pelos preconceitos e pela necessidade da preservação da individualidade diante das estruturas sociais que não permitem o anonimato, fator sentido como fundamental à individuação, o que acaba por conduzir os homens a estratégias de preservação da sua privacidade em situação de controle social.

Eu tive pacientes que inclusive saíam de Florianópolis para fazer espermograma fora, porque eles tinham vergonha de serem reconhecidos no laboratório de cidade pequena. Então eles iam para fora, São Paulo, Curitiba, para fazer espermograma, o anonimato era fundamental. Quando eles iam fazer a inseminação aqui na clínica,

normalmente a gente não ficava dizendo é inseminação. A gente fala tudo por sigla, a secretária realmente tem esta ordem porque houve um tabu muito grande. Até hoje ainda existe um certo tabu, em pacientes que nos dizem que não querem que ninguém saiba que eles fizeram a inseminação. Eles dizem eu não quero que a secretária, que ninguém fique sabendo que nós estamos aqui para fazer a inseminação. Para todos os efeitos eu estou aqui para fazer um tratamento meu, eu é que estou tratando. Eu é que estou fazendo um acompanhamento, não tem nada a ver com meu marido. Então ainda encontramos resistência. Então ainda existe um certo tabu, um preconceito em relação a isso. O homem é ainda muito machista, ele tem uma formação basicamente machista e isto persiste em grau menor. Mas mudou muito, os maridos têm vindo, os maridos têm feito espermograma. Então atualmente está mais fácil lidar do que antigamente. Mas ainda existe, existe um preconceito até da parte do médico em geral. Por exemplo, a gente pega um espermograma e a gente vê nitidamente que tem alteração. Não numérica. Mas aí o paciente vai para o urologista, e o urologista diz: “Não, o espermograma dele está ótimo” (entrevista 8, Dra Amanda).

Por causa das cristalizações culturais há também a necessidade de superação da abordagem médica, ainda em grande parte desconhecadora dos problemas de infertilidade masculina. Ao mesmo tempo essa abordagem aparece recrudescida sob padrões antigos de avaliação, marcados pela desigualdade de gênero e pela ausência de pesquisa em relação ao fator masculino.

4. A mulher e a maternidade

Este aspecto fará ressaltar as NTRc como resgate do genético/ biológico, mesmo que suas práticas permitam tornar obsoleta a afirmação de que há só uma mãe, não apenas pela separação do biológico e do genético, mas cindindo o próprio biológico.

Sabemos que na medicina ocidental as mulheres foram tomadas, ao longo do tempo, como sujeitos privilegiados quanto ao tema da saúde reprodutiva. As mulheres sempre foram sujeitadas aos cuidados com a gravidez e o parto, dos quais os homens não participavam. Processo semelhante se deu no que diz respeito ao uso de métodos anticoncepcionais e aos tratamentos para esterilidade, questões tomadas como exclusivas das mulheres.

Moscucci (1993), em seu estudo sobre a história da ginecologia na Inglaterra, mostra como, desde o começo do século XIX, a ciência foi legitimando a crença de que o corpo feminino era feito para a reprodução. A ginecologia foi definindo o estudo da “mulher natural” como uma especialidade separada da medicina, que identifica as mulheres como um grupo especial de pacientes e um tipo distinto dentro da espécie humana, o que contribui para explicar por que o crescimento da ginecologia como a “ciência da mulher” não foi

acompanhado paralelamente pelo desenvolvimento de uma “ciência da masculinidade”, ou “andrologia”.

Como consequência desses fatos, ainda prevalece na nossa cultura a idéia de que o sexo ligado a reprodução são mais fortes para a “natureza” das mulheres, sendo mesmo ligados à “instintivo,” enquanto os homens, são vistos como mais próximos da cultura, dados ao sexo por prazer. Puberdade, parto, menopausa eram considerados como afetando a mente e o corpo das mulheres de maneira sem equivalência para os homens (Costa, 2001).

Na mesma direção Rohden (2001), que estudou a obstetrícia no Brasil, diz nos que, na formação da ginecologia no século XIX, destaca-se a preocupação com a definição da diferença entre homens e mulheres, centrada no predomínio da função reprodutiva para as mulheres. Mulheres que buscavam satisfação sexual sem o objetivo de procriar, que recorriam ao uso de métodos anticoncepcionais, ao aborto ou ao infanticídio, eram alvo da formulação de teorias científicas sobre tais “perturbações”, pela medicina dos séculos XIX e XX. No contexto do século XIX, segundo Rodhen, afirmava-se que o corpo feminino refletia, por meio de sua bacia larga e curva, uma predestinação para a maternidade, e estavam entre os temas mais tratados pela medicina, o útero, os ovários, a virgindade e a puberdade.

Nossa pesquisa mostra que hoje o corpo feminino continua sendo visto pelos médicos obstetras e ginecologistas de forma parcializada, que vêem apenas as partes do corpo ligadas à gestação e ao nascimento. E se a mulher não as possuir, as NTRc permitem que ela as busque em outra mulher, sob a forma de barriga de aluguel, conforme podemos observar na fala a seguir.

Antes, a mulher que não tinha trompa estava condenada, porque não podia engravidar, não dava para fazer inseminação, não dava para fazer nada; então hoje a gente diz que é possível se fazer tudo em termos de reprodução humana. né, uma mulher pode não ter trompas, pode não ter útero, mas se tiver ovários, ela pode ter um filho dela, quer dizer, ela pode pegar os óvulos dela e transferir para um útero de aluguel que pode ser um membro da família dela, ou sei lá, tá entendendo? (entrevista 3, Dr. Elton).

No contexto do nosso estudo, a maternidade ganha possibilidades através da relação entre mulheres que desejam ter um filho. **Quando se trata da doação de material para o casal, a mãe será sempre aquela que gerou o filho.** O útero é o elemento unificador da relação casal, ao mesmo tempo em que ele viabiliza a maternidade biológica, que, neste caso, não é dada pelo óvulo. O óvulo pode ser doado por outra mulher, e nem por isso essa outra mulher irá ser assimilada como mãe. Estará inserida na relação do casal como **relação de ajuda**, preenchendo o elemento da falta: o óvulo. O que garante sua ajuda como conteúdo

da falta é o **anonimato** estabelecido nessa relação. Ao mesmo tempo, nesses casos, ela própria está em situação de dependência. Ela também tem problemas para engravidar e é ajudada pelo casal receptor, que paga o seu tratamento com o pré-acordo da divisão da carga ovulatória, prática relatada pelos médicos como corrente nas clínicas, embora nenhum dos casais que entrevistamos tenha relatado essa situação.

A mulher que está pagando o tratamento para outra é *anônima*, e ela está comprometida com a recepção do material genético. Quem faz a negociação é o médico, no espaço da clínica. Essa troca não prescinde de uma relação jurídica, que se configura na barriga de aluguel, e que é considerada por alguns médicos como difícil de ser praticada, embora teoricamente seja banalizada pela mídia.

Nessa conduta do processo de doação de óvulos está preservado o que é “natural”, gerar um bebê no útero de um dos pares do casal, a mulher. **É o útero quem ganha e mantém total relevância**, como o lugar do desenvolvimento, da nutrição e do cuidado. Nesse sentido, essa prática não muda em nada a maternidade, ela permanece centrada no biológico, no corpo da mãe que gerou. O que resulta é que o útero ganha centralidade como o lugar que viabiliza o desenvolvimento de um embrião que foi gerado fora dele. Ser mãe será possibilitar ao embrião ser filho e ao companheiro ser pai. Ele se encontrará como pai biológico, na geração do seu filho, na barriga de sua mulher e, mesmo sendo um filho com a carga genética de outra mulher, a **barriga que cresce equilibra publicamente a situação** e preenche a falta inicial pela ausência do óvulo. Olhar a barriga e receber o olhar do outro sobre ela, com seus comentários, facilitará a criação dos suportes emocionais necessários ao esquecimento do modo como foi concebido.

Separando o biológico/uterino do genético, porque falta ao biológico sua potencialidade em óvulos, e alguém tem que doá-los, cria-se a categoria genética em separado do corpo que gera. Para manter a integridade da categoria casal é necessário, portanto, absorver o genético, que é de fora, de algum modo. Isso será feito com a recolocação do estatuto do biológico. As trocas entre o feto e a mãe uterina serão consideradas elementos importantes para o processo de nidação e para o desenvolvimento do embrião. O corpo da mãe que gerou será concebido em interação com o feto gerado. Focando o biológico desse modo, o material genético doado tende a desaparecer, ele foi apenas uma “ajuda”. A relação casal fértil fica igualmente reforçada e aparece o filho do próprio sangue. Desse modo, garante-se para o social a representação de casal com filho. E para o casal, o aspecto genético, mãe doadora e mãe receptora, como cindidor do novo bebê, desaparece.

A **barriga** é a prova da capacidade reprodutiva liberada para o exterior. O olhar do outro faz o reconhecimento e comenta sobre a completude da família que está aí, a caminho. Para usar uma expressão durkheimiana, o estado mórbido aparentemente está superado, tem-se um filho para o casal e uma família para a sociedade. Para o médico, que participou do processo fazendo o embrião, a barriga é a prova de que ele conseguiu assistir e acordar a natureza.

O filho passa a ser o centro de todos os interesses do casal e da medicina, a ponto de, muitas vezes, esquecer o corpo da mãe, que, pelo menos até a cesariana, estará sempre em função do alto custo daquele bebê. Não podemos esquecer que, embora não tenhamos estatísticas, a prática médica, nos casos de FIV/ICSI, é sempre a da indicação de cesariana. Eles dizem: “não podemos correr riscos”, e deixam a mãe insegura, além de condicionada à fazer cesariana.

Eu vou te responder em termos médicos, a gravidez é igual, o pré-natal é igual, tudo é igual. O que eu percebo é que existe uma valorização muito grande desses filhos, eu não sei no que isso vai repercutir a nível de futuro. Mas, normalmente, as mães, os pais que se submetem a essas tecnologias reprodutivas são pais que já lutaram muito até pra chegar até aí, às vezes com dificuldades financeiras, porque uma tecnologia dessas representa muitas vezes um sonho de melhorar uma casa, um sonho de ter um carro novo ou de ter o carro desejado, de ter que vender alguma coisa pra fazer isso. Então, são crianças extremamente valorizadas, é um pré-natal que nos exige muito em termos de cuidado, em termos de acompanhamento, porque são realmente, como a gente diz, fetos muito valorizados, tanto pro médico, quanto pro casal, muito mais pro casal, evidentemente, mas a gente acaba participando desse emocional, não tem como fugir desse emocional (entrevista 14, Dr. Petrus).

Tratando-se da **receptora do embrião** fora da relação casal, ou do espermatozóide, a mãe de aluguel configura o biológico/uterino de fora. É a categoria genética quem faz as vinculações com o casal. As trocas fetais e o desenvolvimento do embrião estão no corpo de uma terceira. Com o desaparecimento do vínculo biológico, é preciso garantir o valor do vínculo genético para que esse bebê possa ser considerado do casal, e lembremos que ele está sendo gerado por uma terceira pessoa com material genético do casal.

Ao mesmo tempo, nós podemos conceber o útero sem o corpo, porque, para garantir o vínculo desse filho com o casal, é preciso separar o corpo daquela que o está nutrindo, cuidando e trocando seu sangue e seu psíquico com ele. O corpo da mãe é ocultado e o foco das atenções é o bebê.

Esse processo estará ainda mais cindido se os óvulos forem de doadora para uma mãe de aluguel com o espermatozóide do marido do casal, cujos embriões são feitos por inseminação artificial ou in vitro, com transferência posterior de embrião para a mãe

uterina. Teoricamente, as metáforas médicas falam dessas possibilidades. Os médicos, segundo suas representações, cumprem a função até mesmo de serem partes do corpo na reprodução. Eles se comparam metaforicamente a órgãos reprodutivos.

E, em realidade, o que a gente é? Na realidade nós somos uma trompa artificial e a nossa função é fazer aquilo que a trompa não faz. Porque a trompa é onde ocorre a união do espermatozóide com o ovócito. Então, isso que a gente faz, nós somos uma trompa artificial. Nós procuramos, pegamos de um lado e de outro e juntamos, deixamos crescer e depois colocamos, devolvemos pro útero. Então, eu digo, nós somos uma trompa artificial (entrevista 2, Dr. Prado).

Mas, fora a relação com o filho, é mantida a noção essencializada de corpo naturalmente fértil na medida em que a intervenção médica é considerada relação de ajuda para fazer funcionar uma potencialidade que estava lá, embora com dificuldades para se manifestar. O casal será socializado como pai e mãe natural, para além da doação dos óvulos porque o anonimato permite isso. Mesmo que tenhamos que considerar certo ruído na relação, ainda que não explicitado, sobre a presença anônima da doadora ou doador genético, o filho será tratado como do próprio sangue, categoria que motiva toda a busca nas representações dos casais e sobre a qual a prática médica se apóia.

Em se tratando de mãe de aluguel, então pensamos que essa situação se desarticula. Neste caso, a barriga é evidenciada como ruído. E o bebê será filho do casal somente se forem tomadas em conta a generosidade de quem o carrega e o contrato jurídico. Mesmo considerando os aspectos jurídicos, ainda assim há riscos de perda. A portadora de aluguel poderá ser uma estranha, que o faça “por dinheiro”, ou a irmã, a mãe ou a avó, que o façam “por amor. Mas no Brasil a “barriga de aluguel” está proibida. “A barriga de aluguel está proibida no nosso sistema legal, que adotou o critério da autoria do parto como regra para a definição da maternidade” (RIBEIRO, 2002, p. 45).

O CFM recomenda que a **relação útero de aluguel** se configure entre parentes próximos, e parece haver maior aceitação quando é a avó ou uma irmã que gera, no interior dos limites da configuração familiar. Isso, a nosso ver, elimina a relação econômica, e reestrutura a idéia de ajuda e solidariedade na busca do filho. O que está em jogo, mais uma vez, é o filho e a família. Ser solidária em uma situação dessas é dizer sobre os valores reconhecidos como estruturantes do conjunto social. O filho é fundamental. E a colaboradora se torna igualmente reconhecida pela sociedade como pessoa de bem. Ela ajudou o homem a ter seu próprio filho e a mulher a ser mãe.

O que muda nesse último caso é a base da relação social: o corpo fértil. Ela não está dada na relação casal, mas fora dele. Ela se fixa nos elementos, no útero de outra mulher,

podendo ser os óvulos da mulher do casal ou de outra, e o mesmo pode ocorrer com os espermatozóides.

Essa situação delinea ainda outras possibilidades além desta, por exemplo, o caso em que a que gera o faz a partir do óvulo e do esperma do casal. É possível também que o corpo que gera seja o gerador de um bebê com óvulo da mulher do casal e esperma do doador, ou com esperma do homem do casal e óvulo de doadora. Ou ainda com nada do casal, tudo de doadores. Em todos os casos, mesmo tomados os casais de nossa amostra, em que o material genético, pelo menos até onde nos foi dito, lhes pertence, e nos quais encontramos resistência de assumir essas práticas, é preciso considerar que as realidades biológicas também necessitam de explicações mais profundas. Nesse sentido, estamos de acordo com Oudshoorn (2000), de que é preciso problematizar o corpo natural. Ao mesmo tempo, é preciso problematizar as –inter-relações entre natureza e cultura, conforme trabalhadas por Strathern (1992), quando trata do conceito e da prática de fazer parentes, tal como tratamos no capítulo III.

A autora considera que, na representação denominada por ela de euro-americana, parentesco é um conceito híbrido, uma vez que é considerado como um fato da sociedade enraizado em fatos da natureza.

Se o trabalho de inseminação artificial com doador de espermatozóide coloca a divisão da paternidade em seu aspecto biológico e aspecto social/simbólico, a FIV/ICSI toca o sacrossanto adágio de que a mãe é sempre certa. Ela coloca uma questão que antes a humanidade não havia sido capaz de colocar. O que é uma mãe? Quem é a mãe? E o que é a maternidade? Ela torna obsoleta a afirmação de que há somente uma mãe. E não se trata de uma ruptura entre o social e o biológico, mas no interior do biológico, usualmente sentido como domínio da estabilidade e da fixidez.

A FIV, segundo Dhavernas Levy (1999), cinde o processo da maternidade em dois aspectos. O aspecto genético e o aspecto gestativo. Esses dois aspectos sempre existiram, mas desde a irrupção da fecundação *in vitro*, ninguém pensava em dissociar seu princípio, eles não eram dissociáveis em sua prática. A partir do momento em que eles se tornam dissociáveis, a maternidade se transforma em algo ainda mais incerto do que a paternidade. Desde o momento em que o ovócito está fora do corpo feminino para ser colocado *in vitro* em presença do espermatozóide, nada impede de transferir para o útero de uma mulher diferente o embrião obtido. É isso que se realiza quando a candidata não ovula, quando a ovulação não é suficiente, ou quando ela está suscetível de transmitir uma grave doença.

Em toda a história humana, o sentimento de maternidade foi sempre tido como fundamental, ainda que tenha se configurado de modos diferentes. Para os **médicos, embora apareça essa representação também na fala dos casais**, esse sentimento é instintivo e essencial na vida das mulheres.

Eu acredito que em cada pessoa existe uma necessidade pra suprir alguma carência ou mesmo a necessidade que a mulher, eu acredito que depois de certa idade, ela tenha essa necessidade, que já é instintivo, de ter um filho. Mas assim eu não acredito que seja uma causa única, específica pra todas, eu acredito que cada pessoa, cada indivíduo, cada casal tenha uma razão própria (entrevista 15, Dra Marina).

Eu acho que a essência da vida é a maternidade, é a perpetuação da espécie, eu acho que isso é sumamente importante pra qualquer casal. E a busca por um filho tem razões muito particulares, mas eu acho que isso traduz na verdade a essência da vida, a perpetuação... desse casal, eu acho que isso é o que traz a união conjugal no casamento, são os filhos (entrevista13, Dr. Afonso).

5. Maternidade: instinto, desejo, paixão, imortalidade, sentido de vida e de mundo.

É o desejo de maternidade que legitima todas as práticas, até aquelas que envolvem maior risco e a completa insegurança nas escolhas. Expressões como “maternar é ser mãe”, “para poder ser completa mesmo, eu tinha que ser mãe”, “ser mãe é uma questão de vida ou morte”, “ser mãe é um projeto da minha vida”, “maternidade é um instinto de imortalidade”, “esta é a única coisa que eu poderia ter feito da minha vida”, “a maternidade faz todo sentido do mundo”, “não existe vida antes da maternidade, existe uma pré-vida” acompanham as falas das mulheres entrevistadas.

Estas idéias também são, conforme trabalhado por Tubert (1996), o resultado de uma herança cultural que continua transmitindo um dogma, a idéia da maternidade como realização indispensável da feminilidade.

Esse entendimento das mulheres sobre si mesmas, e, em segundo lugar, a presença de um companheiro e de um casamento, produz os sentidos na busca por essa forma de tratamento, uma vez que assumir o processo de fazer um filho via NTRc é vivido como tarefa muito difícil para uma mulher realizar sozinha. Ela conta com seu companheiro na realização do projeto, que é visto por eles como um projeto do casal, mas que é focado pelas mulheres como um desejo pessoal, parte do seu instinto e parte do seu papel no casamento.

Porque só de pensar que eu ia envelhecer, chegar num ponto, num limite, que eu não iria mais poder engravidar e que eu não iria ser mãe nunca, mãe biológica, me apavorava. Eu acho que se o médico tivesse me dito isso – Tu não pode ter de jeito

nenhum – eu teria morrido de tristeza, tenho certeza disso. Eu acho que a vida pra mim [...], ele ia colocar um ponto final e ia acabar por ali, eu cheguei num ponto que eu não entendia mais a minha vida, já não tinha mais vontade de fazer nada, sem ter a gravidez, sem ter [...], eu cheguei nesse ponto (entrevista 37/38, Sonia, casada com Mario).

Na opinião dos médicos, ter filhos para a mulher é uma paixão que não pode ser substituída por outra. No depoimento abaixo, um médico compara essa paixão às suas próprias, ao mesmo tempo em que a essencializa como diferente, persistente e instintiva, tratando-se da mulher.

Eu tenho várias paixões: Uma paixão que eu acalento desde os 4 anos que eu me conheço é a medicina, então é uma paixão antiga, cada vez estou mais apaixonado, as paixões por mulheres passam, as paixões por um homem que as mulheres têm, passam. No entanto a paixão por um filho não passa. E viver, ter filhos é uma paixão, com todas as agruras, com todos sentimentos, com todas as dificuldades, sem uma paixão a gente não pode passar (entrevista 7, Dr. Salvador).

Na fala dos médicos, filho é instinto materno e genético, mesmo se há influência da cultura; ele não existe com a mesma intensidade no pai, é marcado por uma excepcionalidade no caso da mulher.

Você nunca teve filhos e a pessoa que nunca teve filhos não sabe o que é ter filhos. Depois que você tem filhos você pode até pensar diferente. Mais até tê-los. Acho que a gente já nasce com isso. Acho que existe é o instinto materno embutido na mulher, a gente, desde pequena, a gente tem o instinto maternal. A gente brinca com bonequinha, com casinha. Depois vem aquela idéia de casamento, e ter filhos. Eu acho que isto é até certo ponto cultural. E não sei se tem... mas tem algum instinto, alguma coisa genética. Tem uma coisa constitucional mesmo, faz com que a gente um dia queira ser mãe. Pai eu não posso dizer com a mesma intensidade. Mas a mulher tem um instinto maternal muito forte. Eu tenho mais mulheres no consultório. Eu acho assim, um filho, mesmo para um homem, acaba completando o casal. É a lei da natureza e a perpetuação da espécie. Isso existe em todo o reino animal. Então eu acho que é mais ou menos isto. É por aí (entrevista 8, Dra Amanda).

A relação com o filho é “tão vital”, “tão visceral”, que não pode ser substituída por nenhuma outra.

Mas para mim um filho é uma relação única e exclusiva. É diferente de qualquer outra, ao mesmo tempo em que é completamente independente. Meu filho vai estudar na outra cidade, no outro país e vocês quase nem se vêem. Mas existe uma relação tão vital, tão visceral, que eu não tenho palavras para definir. (entrevista 6, Dra. Sandra).

As representações focam a busca e o desespero da mulher como demanda do instinto materno, realidade que está *a priori* essencializando a mulher, realidade da qual o homem não participa, porque para ele é diferente.

...É, a gente sempre fala que o problema é do casal, eu acho que quem busca mais desesperadamente é a mulher, principalmente aquela que ainda não tem filho. Ela se submete a tudo. Eu vejo assim, a gente, para conseguir que o homem faça um espermograma, a gente às vezes tem dificuldade. A mulher, você fala para ela, você vai fazer uma esterosalpincografia, tu sabes o que é isso? É horrível o exame, ela vai e faz. Aí se fala para ela, agora nós vamos fazer uma esteroscopia, que um examezinho para olhar dentro do útero, uma endoscopia ginecológica, ela vai e faz. Agora nós vamos fazer uma laparoscopia, porque nós estamos suspeitando que você tenha endometriose, ela faz, entendeu, então eu acho que quem busca mais desesperadamente o filho, no casal, é a mulher, se eu falar tudo, oh, se eu falar assim: você tem que ficar amarrada no pé da cama e ela fica, entende. Eu não sei se essa busca desesperada é porque o instinto da mulher é instinto materno, o instinto dela na minha maneira de entender é um instinto puramente materno, tá entendendo, e o do homem nem sempre. O homem fica muito chateado quando ele sabe que o problema é dele (entrevista 3, Dr. Elton).

Nesse aspecto, o desenvolvimento tecnológico representa uma medicalização cada vez maior da sexualidade e do desejo. Esta é, ao mesmo tempo, uma demanda das mulheres em sua singularidade e legitimidade, que também obscurece a gestão tecnológica da reprodução, porque é representada como uma resposta/solução para uma demanda. Caminho único para quem quer se imortalizar exercitando a maternidade.

O meu instinto era o da imortalidade. Eu queria deixar a minha semente, eu queria fazer parte do mundo. Eu não queria passar por aqui apenas como passageira, como espectadora. E para isso tem que ter a carga genética também. Eu não estou dizendo que... eu falei, eu fui contundente quando eu disse jamais. Quando eu disse jamais adotaria. Eu não posso falar sobre o que eu vou fazer daqui a dez anos, dizer eu jamais faria (entrevista 19/20, Luiza, casada com Luiz).

Ai, isto é maravilhoso, eu adoro ser mãe. Eu adoro chegar em casa à noite, pegar no pé dele, cheirar ele. Isso é muito bom. Eu acho assim..... Eu acho que a mulher nasce para ser mãe. Eu acho que ela tem que ser mãe. Eu acho que tu podes estudar, podes ter outra profissão, mas tem que ser mãe (entrevista 7, Janete, esposa de Geraldo)⁸.

Além desse desejo de ser mãe, elas se definem como mulheres que sonham poder completar dois atos: **gestar e amamentar**, pois o desejo migra da barriga para o seio e se localiza no corpo, como o lugar da experiência existencial na relação com o outro que cresce dentro de si.

Primeiro eu queria ter um filho. Depois, depois que deu certo eu olhava minha barriga crescendo, crescendo. Eu queria muito amamentar. Quando a minha barriga estava crescendo, eu ficava conversando com ele. Eu pensava, meu Deus. E às vezes eu pensava – será que eu estou sonhando, será que isso é verdade? (entrevista 31/32, Salete, esposa de Luiz).

⁸ Neste caso, a inseminação foi feita depois da FIV, ao contrário do que geralmente acontece com essas técnicas. Elas costumam sempre começar do simples para o complexo, obedecendo uma hierarquia de complexidades e valores.

É o processo de gerar e o sentir sobre o seu corpo que se torna importante na maioria das falas, ao passo que esta fase poderia até mesmo ser dispensada na fala de alguns homens.

É todo aquele processo da gravidez, eu quero passar por isso, entendeste? Não é simplesmente tu ter uma criança. É todo o processo que é gerar um filho. Tudo isso, todo o processo, eu não quero metade, eu quero inteiro (entrevista 13/14, Francine, casada com Gentil).

Esse sentir sobre o maternar diz da socialização que se dá sobre o que é ser mulher e mãe, na medida em que ela se dedica ao cuidado de outros membros da família, o que também constrói o desejo de cuidar, amamentar os próprios filhos.

Eu queria muito poder amamentar, poder ter meu próprio filho eu iria me sentir mais mulher. Porque é claro eu sou mulher, eu me sinto mulher, mas eu acho assim que para poder ser completa mesmo, dizer assim sou mulher, eu tinha que ser mãe. Isto era uma coisa que eu tinha, não sei se por causa de antigamente e da criação. Eu sempre gostei de ser mãe, eu sempre quis. Eu sempre brincava com os sobrinhos (entrevista 5, Jádí, casada com Beto).

Passar por esse processo como algo intrínseco ao corpo é tão forte que os desejos do marido vem em segundo plano. A maioria só falou sobre isso depois que refletiram sobre nossa pergunta. Só então se fala nele, ou quando se trata de colocar em ação o plano do casal a partir de uma demanda feita ao médico, cujo pressuposto feminino é a completude da experiência biológica da maternidade. Mesmo se elas admitem que nem todas as mulheres têm este desejo, relatam o que sentem como muito forte.

Eu até manteria o casamento, sabendo que eu poderia.... Eu acho que a mulher, por natureza, pode ter carreira, pode ter tudo, mas um filho é muito importante. Isso está tanto dentro da gente. Eu penso assim, que acho que não é toda a mulher que tem aquele instinto maternal, mas eu digo assim, como é forte assim [...], mesmo com tudo isso, como é forte na gente essa questão de querer gerar uma criança. Então, é aquele negócio, hoje uma relação pode estar muito boa, amanhã até pode findar, mas um filho é pra uma vida, é pra continuar o teu nome, a tua história, a tua passagem por aqui, imagina, eu fiquei doze anos sem filhos (entrevista 33/34, Anita, casada com Ezequiel).

Além disso, visualizam no filho a continuidade de uma relação no casamento que é frágil e pode acabar. Se o casamento termina, o filho ainda o sustenta nos aspectos que valem a pena.

Em relação a esse aspecto, o relato médico observa que a experiência da recepção do material, o que escancara uma falta, pode ser compensada pela experiência da

gestação, em se tratando da mulher. Apresentar o corpo grávido cumpre uma função preenchedora.

Às vezes o problema não é ter um filho, é gerar um filho. A impressão que me dá é esta. Tanto que muitas pacientes hoje estão apelando para doação de óvulos. Que o filho nem é dela biologicamente. O que acontece é que ela irá construir o sentido de estar gerando, ela vai aparecer grávida, vai estar de barriga. Isso trabalha de uma maneira diferente e isso diminui a cobrança (entrevista 10, Dr. José).

Na fala, das mulheres, conforme já dissemos conta importante, a barriga e o amamentar, e há certo espaço para aceitar doação de material, embora a preferência ainda seja pelo filhos do próprio sangue. O filho herda a parte genética de ambos, e a mulher quer ver, tal qual relatado pelos homens, o resultado do que elas chamam “dessa misturinha”; ora isso está associado ao reconhecimento dos traços de caráter, ora aos traços físicos, ora ao poder de fazer outro ser.

Porque é sempre bom saber como é que fica a misturinha do casal, como é que vem o rostinho, tu sabes também que os filhos vêm com a tua parte genética, herda um pouco a tua parte de ter uma boa índole, essa coisara toda, também que muito disso a gente sabe que pega na criação, na educação, e todo mundo quer, a mulher, principalmente, quer ter uma barriga. Eu acho que é pra ver como é que fica, o que eu chamo de mistura, como é que vai unir dois seres e formar um outro, eu vejo mais por esse lado e pra você saber que é teu, que é um pedaço de ti, de repente, e é uma coisa muito mágica mesmo, tu construir um outro ser, eu acho a maior maravilha desse mundo, tu poder dizer que desenvolve uma criança dentro de ti, depois fica aí correndo, andando, cresce. Eu acho isso muito mágico, eu acho que não tem nada nesse mundo que justifique essa parte divina, poder gerar um filho (entrevista 21, Mônica, casada com Nando).

A procriação é essencialmente um vetor de ligações, seja com o grupo de pertença, seja com o cônjuge. A infertilidade coloca em jogo essas ligações, ela pode ser definida como um problema psicossocial, mas sobretudo relacional, no qual a ruptura das ligações aparece como o maior risco, porque a pessoa aqui não parece poder ser definida fora destas ligações com os outros. Ao inverso do que se produz no caso do homem, a mulher parece estar inserida no mundo, mais do que agindo sobre ele, de modo que ela passa por uma certa indistinção com relação à sociedade. A maternidade é desejada como aquilo que pode lhe dar um lugar no mundo, e a sua ausência é espelho da própria incapacidade.

O desejo de ser mãe era muito grande, e dia das mães, quando eu via as outras mães, eu ficava com pena de mim mesma. No dia das mães era terrível, todas as mães estavam lá com seus filhos e eu ficava com pena de mim. Quando alguém engravidava eu ficava feliz pela pessoa. Mas eu ficava sempre me perguntando por que isso não acontecia comigo. Quando eu via na televisão que uma mãe abandonava o filho, eu dizia, meu Deus, por que eu não tenho condições de ter um filho, não vou fazer isso, por que não engravidar? Eu vivia super angustiada. Eu queria ser mãe de todo jeito. Quanto mais o tempo passava esse sentimento piorava, ele aumentava (entrevista 31/32, Salete, casada com Luiz).

Além de trazer uma relação de mundo, a criança ressignifica a vida da mulher, elas falam de injeção de ânimo. É o presente dessas mulheres que está conflitado e o filho é visto como aquele que poderia lhes devolver a auto-estima, na fantasia feminina cumprirá um papel normalizador dos conflitos existenciais.

Acho que o filho seria uma injeção na minha vida. Seria uma coisa nova boa. A criança sempre traz uma injeção de ânimo. De repente você trabalha, sobrevive, compra as coisas e precisa de uma injeção. Com uma criança você passa em um lugar e vê não sei o quê, tem toda uma relação de mundo. Então isso é uma coisa que te faz bem. Agora, em termos de felicidade, a gente não sabe, porque às vezes você tem um filho que vai te dar um retorno, que vai ser uma coisa boa na família, e às vezes pode ser que não seja (entrevista 35, Tânia, casada com Dito).

6. O filho e a construção da conjugalidade

O casal fala do filho como sua obra, é aquele que amplia suas relações sociais, a rede de amigos, a partir de sua vinculação com a família. Ao mesmo tempo, ele vem para completar o casamento, ou seja, a idéia de que o casamento implica em procriação. A criança é preparada simbolicamente dentro da relação conjugal. Conforme a fala a seguir, existe um momento em que ele precisa se concretizar.

Acho que tem momentos em que o casal, só os dois se completam. Acho que são etapas e tem momentos que seguindo o processo natural da nossa geração, família, tu precisas de um filho. Sei lá, tu te preenches com um filho. É a continuidade da tua vida, a idéia de carinho por criança. Então eu tinha apego à família. Eu gosto da família, eu gosto da religião. Eu não sou fanático, mas eu freqüente. Família é importante, os amigos. Então filho estava nesse contexto. Eu sou apegado à família. Eu realmente sentia um vazio muito grande sem filho (entrevista 32/31, Luiz, casado com Salete).

Ele também representa a continuidade da vida do indivíduo, uma parte de si que é doada ao outro. Esse gesto fala da intimidade do casal e do presente mútuo que ambos se oferecem, cada um dá um “pedacinho de si para o outro”.

Eu acho que um filho é uma coisa íntima do casal. No nosso caso, a gente queria juntar os dois pra ver o que dava, um pedacinho de cada um. Então, um pedacinho dela e um pedacinho de alguém que eu não conheço, quer dizer (...) (entrevista 38/37, Mario, casado com Sonia).

A perspectiva do amor mútuo está presente também na fala dos médicos, filho é uma prova de amor mútuo e fonte de estabilidade no casamento.

Se tu pegas um casal e os dois estão querendo ter filhos, isso às vezes pode ser a raiz da estabilidade do casamento. Por que se não, vem a culpa vem a instabilidade, o homem que é o culpado, a mulher que é culpada. Eu acho que é uma prova de amor mútua que eles se dão. Eles necessitam se entregar

desta forma. Um quer sentir a correspondência do outro. Como é que um sente e como é que outro sente (entrevista16, Dr. Alcides).

Filho é uma obra feita em conjunto, sendo o desejo de partilhar a tarefa da reprodução como obra “nossa”. De modo que o projeto de gerar um filho do NÓS os amarraria em um projeto conjunto que marca a sua relação com a capacidade do dom ; “poder deixar alguma coisa para o outro”. Vê-se aqui o processo de individuação do casal, onde o filho os faz indivíduos porque desencadeia o início da história do casal. Individuação não como separação da família de origem, mas como inserção na ordem cronológica, familiar. Assim, ao mesmo tempo em que se individualizam, solidificando sua escolha por paternidade e maternidade via tratamento, eles se nuclearizam em torno dos parentes. Isso parece marcar a diferença em relação ao estudo de Salem (1987).

Mas eu acho que talvez o que a gente quer é uma coisa nossa. A gente quer uma obra nossa. Algo que a gente tenha feito em conjunto. E isso justifica. Quem sabe um de nós dois vai morrer primeiro do que o outro. E a gente sempre quer deixar para o outro alguma coisa. Se eu morrer eu quero deixar um filho (entrevista 36, Dito, casado com Tânia).

Em nenhum momento a gente se separou. Isto não é uma escolha isolada. Ou a gente faz junto ou não consegue. Sabe esse tipo de tratamento que nós fomos buscar, se o casal não entrosar, não estiver com os mesmos objetivos, com as mesmas finalidades. Eles não passam dos exames preliminares (entrevista 13/14, Francine, casada com Gentil).

Filho é o maior projeto do casal como história do casamento e da família, é mobilizador da constituição do casal como uma realidade que transcende o corpo e partilha desejos da alma.

Por que você tem aquele contato corpo a corpo, mas agora eu diria um contato alma a alma, porque é os dois na busca de um ideal daquilo que todo mundo acha que é o essencial pra viver, ter filho (entrevista 24, Kauli, casado com Tereza).

Sendo assim, o desejo de filhos é construído a partir do que ele significa para o relacionamento íntimo e social do casal. Ele é buscado pelo seu significado como uma relação de mundo, como continuação de nossa cultura, e ao mesmo tempo também como o desejo mais misterioso e o mais contrastante dentre os humanos, se comparado à facilidade de reprodução dentro de outras espécies.

Outros elementos podem contudo ser acrescentados; em alguns casos, o desejo de filhos será a tradução natural do desejo sexual em sua função coletiva de assegurar a

reprodução da espécie e, na sua função individual de transmitir sua história pessoal e familiar, **como também frisado por Hérítier (1996, p. 246):**

Da necessidade de cumprir um dever para consigo próprio e para a coletividade e não tanto da reivindicação de um direito a possuir (...). Desejo e dever de descendência. Não transmitir a vida é romper uma cadeia de que é nulo o resultado final e, por conseguinte, interdita-lhe o acesso ao estatuto de antepassado. Casamento e procriação são deveres em relação àqueles que nos precederam na existência.

Além de estar ligada à preservação da espécie, numa compreensão mais ampla de reprodução da vida humana, conforme pode ser visto nos depoimentos dos médicos a seguir.

Eu acho que é o desejo da perpetuação da espécie, eu acho que, no fundo, no fundo, a gente não quer que a minha espécie, que o meu nome morra comigo, que vá comigo para o caixão. Eu acho que o desejo, a sensação de que ter um filho, ele vai conseguir perpetuar no filho as características genéticas dele, o nome dele, a imagem dele, assim por diante. Eu acho que essa na minha maneira de entender é que faz com que o casal busque desesperadamente uma maneira de ter um filho próprio (entrevista 3, Dr. Elton).

Eu tenho uma frase que é até meio gozada, mas eu li, é assim: “ter filhos é a maneira estúpida que a natureza encontrou pra perpetuar a espécie”, ...mas talvez seja, seria a parte irracional do ser humano. Porque desde que o homem é homem, os bichos, os seres vivos, a tendência é reproduzir. Quando o homem não se reproduz, o ser humano não se reproduz, quando racionalmente ele pensa “não, o mundo está violento, e isso e aquilo, nós não vamos ter filhos, eu não quero ter filhos”, ele tem que pensar e racionalizar muito isso, ele tem que puxar muito freio de mão pra não ter filhos, e as pessoas: “O quê! Tu não vai ter filhos?”, etc. Então, simplificando, é uma parte mais irracional, é a vontade de perpetuar a sua espécie, é meio por aí, de uma forma que a gente vê os casais, querendo muito a busca de um filho (entrevista 4, Dr. Antony).

Eu acho que é aquele sentimento de querer perpetuar a espécie, de ter alguém parecido consigo, de ter um espelho seu numa criança. Eu, se você perguntar se pra mim isso é importante? Pra mim, não é. Pra minha cabeça, se eu tivesse uma importante dificuldade pra engravidar, eu aceitaria uma inseminação com sêmen de doador com muita facilidade, eu aceitaria uma adoção com facilidade. Mas, é verdade que os casais buscam muitíssimo ter um filho advindo de si próprio, há também o temor de doenças que possam estar sendo passadas, doenças genéticas características da personalidade de um doador de sêmen ou até dos progenitores de uma criança que foi adotada e que são desconhecidos ao se adotar um belo bebê, ou ao se ter um belo bebê com óvulos ou espermatozoides de um doador que o casal não poderá conhecer nunca (entrevista 11, Dr. Santos).

Essa concepção de continuidade da espécie humana transcende o presente, e revela o desejo de ligações com os vínculos anteriores e posteriores ao casal e ao filho em questão. No momento do nascimento, o casal “amarra” irrevogavelmente as gerações anteriores ao novo nascido. Ao mesmo tempo, ele abre as portas da história que levará

para o futuro um código genético e a experiência existencial respectiva, na qual eles próprios se tornarão avós e farão de seus pais bisavós, por meio das escolhas procriativas de seus filhos.

Se, por um lado, o fazer netos mantém o vínculo entre as relações de descendência e hereditariedade, entre avós e netos, que envolvem reconhecimento social, também aos netos cabe a função de permitir a constituição dos netos para seus pais. Trata-se do cumprimento de um dever para consigo próprio e para com a coletividade (HÉRETIER, 1996).

A filiação e a consangüinidade continuam sendo também uma relação socialmente reconhecida e não biológica, a reprodução dos homens é um instrumento da reprodução social. Entra na representação simbólica da ordem social a ponto, segundo a autora, de podermos dizer “ que um sistema de parentesco não existe senão na consciência dos homens e que não é mais que um sistema arbitrário de representação” (HÉRITIER, 1996, p.50).

Por outro lado, nosso objeto está inserido no contexto das NTRc e isso parece reconfigurar as práticas biomédicas e familiares em um conjunto de práticas sociais diferentes, no que tange à relação com o biológico e o genético.

Para Strathern (1992), as contemporâneas possibilidades de procriação introduziram um novo contraste entre processos naturais e artificiais. A reprodução assistida criou um parente biológico como uma categoria em separado, o doador do material genético. Pelo mesmo processo, o parentesco social está sendo marcado por uma deficiência potencial em credenciais biológicas. Assim, o parente natural do futuro poderá ser aquele que não tem nenhuma técnica especial envolvida ou aquele que não requer nenhuma legislação especial. Dessa forma, poderão ser parentes naturais àqueles que combinam atributos biológicos e sociais legais. O que se constituirá como novo é a assistência que venha a ser dada para cada um desses domínios. Os fatos naturais de procriação têm sido assistidos pelos avanços médicos biológicos, enquanto os fatos sociais de afinidade e reconhecimento das relações têm sido assistidos pela legislação. As afinidades são duplamente assistidas.

Além disso, à medida que reforçam o ser mulher, essencializando a maternidade, construindo a categoria filho como preenchedora de uma falta fundamental à vida da mulher, os médicos legitimam a medicina no seu “papel” interventor sobre o corpo, dando-lhe a condição necessária à ação.

Ao essencializar a maternidade, o que é verdadeiramente ressaltado é a importância do filho, não da mãe. De modo que o médico, fazendo filhos, garante também o desejo de descendência e transcendência social. Ele não apenas resgata a continuidade biológica do casal, mas é o resgate da continuidade dos sentidos, das crenças e dos valores sociais do presente, que são reconhecidos como fundamentais para o futuro. Se o biológico é mexido, então a assistência jurídica assistirá as afinidades (STRATHERN, 1992).

Joga-se com processos existenciais individuais e sociais, ao mesmo tempo em que fazer filhos localiza socialmente os pais. Localizar o indivíduo como pai e mãe reforça motivações e sentidos humanos no indivíduo homem ou mulher, mas também estabelece ligações –inter-geracionais entre heranças genéticas e culturais como escolhas, ainda que nem sempre objetivadas conscientemente. Ao mesmo tempo, faz do médico o ponto de ligação entre passado e futuro, inscrevendo genealogias, mas também reconhecimentos e continuidades histórico-sociais capazes de evitar situações, como, por exemplo, a da pluralidade de paternidades ou maternidades (doadores e receptores de material genético) que a sociedade teria dificuldades para absorver. Se ele necessita utilizar esses recursos para gerar o filho, isso é feito, mas como uma linguagem que naturaliza as diferentes “naturezas” implicadas na escolha, procedimentos que também deixam em aberto a necessidade de um aparato jurídico e de uma discussão social mais profunda.

7. A consangüinidade, a doação/recepção de material genético e/ou de embriões e a adoção

a) **A relação de consangüinidade**, que é expressa como a mais desejada na fala dos entrevistados em busca de maternidade e paternidade, apresenta-se como relação social reconhecida, também como projeto de conjugalidade, resultado de uma escolha, tal como tratada por Héritier.

La consanguinité n'est donc dans les sociétés humaines qu'une relation socialement reconnue ; et c'est le propre des systèmes de parenté, ensemble des règles gouvernant la filiation, la résidence et l'alliance, de se distinguer par une certaine autonomie à l'égard des lois naturelles de l'espèce : la reproduction des hommes est un instrument de la reproduction de l'ordre social. Elle entre dans la représentation symbolique de cet ordre social. Elle entre dans la représentation symbolique de cet ordre social au point qu'on a pu dire qu'un système de parenté n'existe que dans la conscience des hommes et n'est qu'un système arbitraire de représentations (HERITIER, 1981, P.11).

Ao mesmo tempo, a relação baseada na consangüinidade poderá ser muito fragilizada. A fragilização é eminente, consideradas as vezes em que se coloca a inviabilidade da

utilização do material genético do próprio casal ou o limite do tratamento, encaminhando para a adoção.

Esse fato impõe ao casal uma negociação interna à relação, uma superação do fosso existencial e relacional que se abre quando os dois, ou um dos dois, precisa depender de material genético de um estranho, e de uma negociação externa, no que se refere aos parentes e aos amigos, que permita a constituição dos vínculos sociais, reconhecedores da relação entre pais e filhos, e do filho como seu.

Quando abordamos os entrevistados sobre essas situações, observamos a insistência na categoria “**filho do próprio sangue**”, e igualmente certa abertura para pensar a doação de material genético feminino por parte dos homens, além de uma resistência muito maior à adoção. Isto também porque, na maioria dos casos, para os entrevistados, a tecnologia da reprodução *in vitro* apresentava-se como esperança para a solução do seu problema. Não precisavam, desse modo, recorrer à prática da adoção do modelo tradicional vigente até a difusão das tecnologias reprodutivas.

Segundo Queiroz (2002, p. 25):

a adoção atendia a exigência social velada de se constituir uma família nos moldes tradicionais, isto é, uma família composta por pais e filhos, mas por outro lado, não afastava a inquietação íntima das pessoas diante do vazio biológico que a adoção não era capaz de preencher; a separação entre a parentalidade biológica e social.

A possibilidade da adoção só se coloca quando o médico sugere a necessidade de espermatozóides de um terceiro, ou quando eles não suportam mais conviver com as decepções do insucesso. Tratar ou adotar, ou aceitar a doação de material são dilemas de difícil solução. Aparecem misturados nas falas, e a nosso ver, dão conta de demonstrar os sentimentos confusos e a dificuldade que é colocar cada coisa no seu lugar, a fim de poder tomar uma decisão.

Quanto à busca pelo “filho do próprio sangue”, estão presentes a associação ao filho natural e aos vínculos “naturais” com a família de sangue, além do preenchimento das lacunas que eles chamam de existenciais/instintivas, uma vez que o casal deseja ver-se reproduzido no filho. Isso lhes permite persuadirem-se de que fizeram um filho “sozinhos” e por livre escolha. Ao mesmo tempo, caracteriza o valor que se dá às noções de pessoa e de individualismo em nossa cultura (DELAISI DE PARSEVAL; JANAUDI, 1988).

Ainda, ter filhos consangüíneos se apresenta como permitidor de maior tranquilidade em relação aos processos educacionais futuros, porque o lugar de onde ele vem é conhecido.

O lugar do sangue dos antepassados faz o reconhecimento. O que está presente parece ser a continuidade genealógica, dada pela referência ao conhecido. Considere-se também que filho do próprio sangue não traz nenhum “ruído” para dentro do casamento. Já se ele for de material genético doado, sempre poderá haver alguma forma de ruído. No caso dessas escolhas, há preferência pela adoção por parte dos homens. Mas para as mulheres parece ser diferente, na medida em que, passando pelo processo de gravidez, elas esconderiam a diferença genética.

Hoje, acho que... se é pra ser natural, vai ter que ser, é aquele negócio, se a pessoa vai ter que viver a sua vida sem um filho [...]. Eu não doaria, se não fosse meu eu também não queria, preferia adotar. Só se a minha mulher insistisse muito, claro, mas o filho não vai ser meu, se é pra criar eu adoto um, é mais fácil, um recém-nascido, pelo menos, pra vir só com uma carga genética, tu consegue passar amor, carinho, educação, se o cara fosse um bandido, pra tentar mudar, já que não muda o íntimo dele, mudar a atitude (entrevista 10, Ray, casado com Gilda).

Eu acho que é mais uma questão de segurança, um pouco de orgulho, é uma questão da própria sociedade. Mas amanhã depois, se eu não tiver uma condição de ter, se eu ver que é uma pessoa saudável e que não vai interferir em nada e não vai saber, eu não vou me incomodar, eu não vejo nada contra (doação de material). “Adoção, ah! sou meio contra, Eu tenho muito receio”. Eu vejo que hoje em dia estão acontecendo muitas coisas. Que os pais estão fazendo o que eles já fizeram, em função dessas doenças, a Aids, por exemplo. A droga, o estresse, os problemas, eu não quero ter uma criança na minha vida, se eu tiver uma criança eu vou criar com amor e vou me dedicar a ela, eu não quero ter uma criança que amanhã ou depois que tiver algum problema, ou alguma coisa, eu acho que eu vou perder um pouco da minha qualidade de vida. Principalmente com uma criança que não é meu filho. Eu tenho certo receio em função dessas doenças, dessas crises e todas as situações que os pais estão passando e que venha a ser problemas dos filhos. Até nelas numa coisa banal, mas para mim é tão importante, eu pego uma criança aí amanhã depois a mãe era uma gorda, aí ela é também tão gorda, aí chegam aos 14 anos a menina começa te incomodar. E depois porque eu não me animo, eu não me animo em função disso. E depois eu não tenho nenhum problema, então não me passa pela cabeça uma adoção. Então eu acho que a nossa probabilidade é de 99% de ter um filho, porque eu vou me preocupar (entrevista 28, José, casado com Séfora).

b) A recepção/doação de material de óvulos ou espermatozóides é vista com resistência, particularmente em se tratando de material genético masculino. Se o doador de espermatozóide é de fora da relação do casal, o homem antecipa a angústia de, eventualmente, não ser reconhecido como pai do filho que está por nascer. Além disso, esse não é um projeto como os outros, ele deve se concretizar através de uma providência médica, por uma vontade, por meio de uma decisão que intervém para garantir a concepção da criança. Trata-se de uma rede de protagonistas movidos em torno desse objetivo e que aceitam fazê-lo.

Exige-se, segundo Jouannet e Terry (2000), conceber o homem estéril como aquele que procria, tomar isto como uma decisão do seu desejo, do seu projeto, de sua vontade e do seu amor para com a mulher que quer o nascimento de uma criança com espermatozóide do doador. O pai estéril cumpre um ato procriador no sentido humano, pois ele está na origem da criação e do nascimento de uma criança. O doador participa, mas com um papel secundário. O espermatozóide do doador é necessário, mas ele pode ser substituído a cada ciclo.

Dentro da história da criança, nós podemos fazer uma distinção clara entre sua origem, que se inscreve no projeto dos pais, e a identidade do doador. Para ele, o anonimato permite que a identidade do doador não seja colocada em detrimento do pai que quis a criança.

Nesse caso, o anonimato do doador é garantido por lei na França⁹, e o marido, uma vez dado o seu consentimento, será considerado o pai da criança, mesmo que o filho não seja biologicamente seu. Esse fato seria problematizado em qualquer outra situação em que a exigência do exame de DNA serviria para biologizar a paternidade, através de sua atribuição por provas genéticas, ou de sua negação, se estas provas não existissem.

A problematização garantindo o veredicto do biológico também é relatada por Fonseca (1995), quando estuda sobre a circulação de crianças em vilas populares, em Porto Alegre. Ao contrapor a circulação do bebê, em situação semelhante à da adoção, afirma que os direitos e obrigações do adotante e de quem representa o vínculo biológico em relação à quem adota se embaralham, e que raramente não prevalece o vínculo biológico. “A mulher que dá à luz a criança não é a mesma que cria; mas ambas as mulheres podem reivindicar a identidade social de ‘mãe’, especialmente durante a vida adulta da criança, quando desta se espera o sustento dos ‘pais’ ” (FONSECA, 1995, p. 35).

Embora o tema relativo à doação/recepção de material, uma vez motivado pelas perguntas, tenha se tornado fundamental à nossa análise, queremos esclarecer que esse assunto só foi colocado na situação da entrevista, parecendo mesmo não existir até a nossa pergunta:

Marlene: Caso você não tivesse tido espermatozóides e precisasse de espermatozóides de um doador, você teria aceitado?

Geraldo: Isso não, falando francamente para ti, eu não teria aceitado. Só para minha mulher ficar grávida não, aí eu adotaria. Ele não seria meu filho, então eu adotaria.

Marlene: E se ela precisasse de doador de óvulo, você aceitaria?

Geraldo: Aí eu acredito que sim.

Marlene: Por que essa diferença ?

Geraldo: Aí eu acho que valeria a pena porque ela ficaria grávida, não seria o esperma de outra pessoa. Ela sentiria a gravidez, ela iria sentir como se o filho fosse

⁹ No Brasil há uma recomendação do CFM sobre o anonimato, aspecto tomado em conta na prática das clínicas.

dela. Parte disso seria dela. Eu iria fecundar o óvulo de uma outra pessoa, mas minha esposa teria parte nisso. Ela estaria ficando grávida, então eu concordaria (entrevista 8, Geraldo, casado com Janete).

Importante observar que os homens em geral, têm grande resistência à doação e recepção de espermatozoides. Contudo, a aceitação da recepção de óvulos aparece nas respostas da maioria dos entrevistados, um exemplo é o diálogo seguinte:

Marlene: E o contrário, sêmen seu e óvulo de outra mulher? Você faria problemas com essas questões?

Kauli: Não. Isso é melhor que adoção.

Marlene: Por quê?

Kauli: Porque a mulher vai conseguir, mesmo não sendo geneticamente igual a ela ou ao marido, mas a concepção é dela, ela pariu, ela ganhou a criança.

Marlene: Tu achas isso importante?

Kauli: É. Ao passo que na adoção você não tem aquela sensação de ver a criança nascer, acho até que você vai gostar de ambos da mesma forma, dizem os que têm. Eu tenho um amigo que tem um menino adotado, não tem diferença entre o filho dele que veio posteriormente e o adotado, até porque o adotado é a cara dele, todo mundo diz que ele fez fora e trouxe pra dentro de casa, mas é a cara, o cabelo, tudo. E o legítimo dele é completamente diferente, ele é moreno, o outro veio branquinho, então aquilo ali é um sarro. Então, ele diz que não tem diferença nenhuma, nenhuma.

Marlene: Você adotaria?

Kauli: Ah, adotaria. Se não tiver [...], se comprovar que não tem chance nenhuma, porque a gente está fazendo tudo enquanto tem chance, a hora que não tiver chance, parte pra adoção (entrevista 24, Kauli, casado com Tereza).

Para a maioria dos nossos entrevistados, como no relato acima, a doação de material equivaleria simbolicamente a um filho fora do casamento, não faria parte da relação corporal e espiritual do casal.

Eu acho que, como a Xuxa lá pegou uma pessoa que convinha pra ela pra fazer, eu acho que aí tudo bem, se ela fosse solteira, ou se a gente tivesse separado, ela assim “eu quero ter um filho”, realiza o lado da mulher de gerar. Agora, o casal, eu acho meio complicado, pra mim eu não [...]. Sinceramente, se ela dissesse assim, “ou vai ou separa”, eu acho que a gente não iria, pode olhar assim, “pô, é egoísmo da tua parte.” Mas também seria egoísmo da parte dela. Não teve o ato, não foi lá, não dormiu com outra pessoa, só que uma coisa assim, estranha, um filho dela com um casamento que não teve. Pra mim particularmente, não daria (entrevista 38/37, 34 anos, varicocele, tinham uma filha adotiva, tiveram gêmeos de 1 FIV, haviam feito 2 inseminações).

Somente um pequeno grupo estaria disposto a aceitar material doado. Esses homens quando perguntados:

Marlene: E você permitiria uma inseminação com óvulo da tua esposa e sêmen de outro homem?

Responderam: Se eu não tivesse condições, se os meus não fossem de qualidade, não teria problema.

Entre aceitar receber espermatozoides e adotar há uma preferência pela adoção, no caso dos homens, aspecto que também foi explicitado depois da pergunta:

Marlene: O que você pensa da doação de espermatozoides?

Resposta: Aí, já é meio complicado. Eu acho que é solução quem quer ter assim, mas eu acho meio complicado, eu acho que nesse ponto aí eu ainda estou meio [...]. Eu não sei, hoje em dia é tão complicado, é uma outra pessoa, como é que você vai saber o que vai sair, o que não vai sair, de quem é, de quem não é. Acho uma solução pra quem quer ser independente, pra um casal eu acho meio complicado. Eu não sei, aí eu preferiria mais adotar uma criança, eu acho que seria mais bem criada pelo casal do que numa situação dessa (entrevista 22, Nando, casado com Mônica).

Há uma clara recusa em consentir no uso de material vindo de um terceiro (doador/a anônimo/a). O que encontramos, por parte dos homens, é um sentimento de medo em relação à sua completa exclusão da reprodução, que vai para além de todo esforço por eles investido para construir o seu lugar de participação na concepção. Os homens apresentam-se reticentes quanto aos fatos que estariam acontecendo somente no corpo da mulher, com ausência do seu corpo. É difícil para eles se imaginar criando um filho do qual não participaram nem da relação sexual, nem do material genético, fisicamente falando, mesmo que pareça ser mais fácil para os médicos, quando falam da possibilidade de utilizar estas práticas. Os homens participam do processo da coleta do material também na perspectiva de garantir que serão pais biologicamente.

Há igualmente uma resistência à aceitação da recepção de óvulos, embora nesse caso ela seja menor. Em geral, encontra aceitação por parte dos homens, aspecto que também só apareceu depois de termos indagado sobre o tema. Essa resistência está presente naquelas mulheres que também não desejam a barriga: “eu não tenho nenhuma vontade de ver minha barriga crescer, se eu pudesse eu faria num vidrinho e colocaria ali pronto”.

Marlene: Você não doaria óvulos?

Simone: Não, eu acho que não, você vai pegar a carga genética de outra pessoa, o filho não nasce teu. O filho é dela.

Marlene: Você não engravidaria de óvulo de outra mulher, a gestação para você não seria suficiente?

Simone: Não, eu preferia adotar. Isso não tem sentido, se você está adotando um óvulo, então adote uma criança (entrevista 25, Simone, casada com Armonry).

De outro lado, ocorre a aceitação da doação de óvulos quando a mulher abre mão do sonho que ela alimentava, “Eu queria ter uma filha parecida comigo”, quando ela desenfoca das qualidades físicas e passa a focar as qualidades psíquicas.

Na verdade isso é uma coisa complicada, porque assim, eu sempre tive um sonho de ter uma filha parecida comigo e mais precisamente uma filha, mas assim, hoje eu já tirei isso da cabeça, porque que alguém que está lutando tanto quanto eu pra ter filhos, ainda quer escolher que seja filha, ainda quer escolher que seja parecida comigo.... hoje, com a minha idade, não serve pra muita coisa, mas pra alguma coisa serve, eu penso assim, eu tenho algumas coisas muito boas em mim que eu posso passar pra minha filha, independentemente dela ter carga genética ou não. Isso pra mim é uma coisa que está superada, se eu tiver que fazer, eu vou fazer (entrevista 23, Tereza, casada com Kauli).

O uso de material genético de uma terceira pessoa passa a ser relativizado por causa do enfoque do discurso médico sobre as trocas fetais. Eles focam em suas orientações as trocas que vão ocorrer entre o corpo da mãe e o bebê durante nove meses, perdendo relevância, deste modo, o fato de o óvulo ser doado por outra mulher.

Mas o Dr. (nome) disse uma coisa pra mim assim, que também me tirou fora de ritmo, ele me disse assim “O óvulo é uma coisa morta, a troca que tu vai ter durante os nove meses com essa criança é muito, mas muito, muito mais do que um óvulo que uma mulher te deu. Então, assim, considerando isso, que eu vou ter um neném na barriga, considerando que vai ter essa troca mesmo, porque se vai ficar nove meses, sangue, um monte de coisa, e considerando que não vai ter outro pai e outra mãe pra perguntar quem é, que eu não tenha que contar, se um dia pode até contar a mamãe não tinha o tal do óvulo, teve que ir lá e pedir pra botar na minha barriga e ...pai, daí eu acho que é bem diferente, então, isso assim, pra ti ter uma idéia entre adoção e óvulo-doação, eu sou mais pela óvulo-doação (entrevista 23, Tereza, casada com Kauli).

Além disso, a interferência médica pode ter um caráter orientativo, como parece ser o caso, ou pode se constituir em uma interferência de poder, como poderemos ver mais adiante. A aceitação de material genético espermatozóide, pelas mulheres, também é vista com reservas enormes, poderíamos dizer que é até mesmo excluída das possibilidades quase para a maioria, que então prefere a adoção.

O filho continuaria sendo meu, porém não seria dele, na minha cabeça era muito estranho. Ai tu vais ter um filho que é teu e não é dele, e ele não tem direito sobre o filho. Acho que isso complicaria a minha cabeça e a relação... diante de uma separação ele vai simplesmente dizer: toma que o filho é teu, eu apenas ajudei a criar, mas não é meu. Agora se você adota a história continua, os dois adotaram, os dois têm que assumir (entrevista 25, Simone, casada com Armory).

Ah, mas eu pensei muito. Acho que por que a gente vai lendo muito, vai abrindo essas questões éticas. Tanto é que, eu não pegaria assim doador de espermatozóide. Eu fui por que era o meu óvulo e o esperma do meu marido, se eu tivesse que pegar esperma de outro, eu não queria, isso estava muito claro na nossa cabeça. Ou se fosse até um óvulo doado de alguém, também não. eu preferia pegar um (...) adotado pra mim, é muito menos traumático. Também, barriga de aluguel, essas coisas, ou então pegar até pai e mãe desconhecidos, por que não vi isso ainda, mas é mais comum, faziam e pegava e apenas colocava dentro pronto já os embriões, não era isso que eu queria (entrevista 33/34, Anita, casada com Ezequiel).

Filho do próprio sangue, tal qual nas representações masculinas, é elemento facilitador do papel educador do casal.

Eu sempre pensei, eu vou ter um filho do meu sangue, e aí eu cuido dele com amor, ele se desenvolve, e eu vou ter que agüentar porque ele é meu filho. Eu vou ter que ajudar. E se ela adotasse uma criança eu ia pensar assim: "Meu Deus porque é que eu fiz isso". Por que eu vou passar por isso tudo, ele nem é meu filho. Eu pensei que isso poderia ser assim. Eu acho que é mais fácil lidar no futuro com um problema de um filho meu, do que com um filho de outro. Eu queria ser mãe, mesmo que fosse... um filho adotivo. Mas eu não pensava em adotar porque eu tinha certeza que eu iria ter um filho. Às vezes eu ficava distante, que eu pensava que iria desistir, mas no fundo eu sabia. Eu achava que isso era possível (entrevista 31/32, Salete, casada com Luiz).

Filho do próprio sangue é importante por razões práticas

Ela é importante porque às vezes a criança tem uma doença, a depender da doença é mais fácil. Eu não assisto muito novela, não, mais eu vi uns capítulos e agora, nestes laços de família... Se ela tivesse um irmão do mesmo pai, da mesma mãe, a possibilidade de doação de medula seria fundamental. Então eu não vejo esta parte porque é meu, seria um fator de proteção. Poderia proteger mais nesses termos. Porque se eu tiver este bebê e isto acontecer, ninguém quer mais, pode acontecer, eu não tenho esta escolha. Assim, eu não vou ter a menor chance.. Ele não vai ter a do irmão, esta parte eu não queria (entrevista 5, Jádí, casada com Beto).

Além desses aspectos, há que se considerar, conforme Delaisi De Parseval e Janaud (1988), que hoje em dia a criança se tornou um "must" dentro do sistema de representação do indivíduo e da família. Símbolo da perenidade da espécie, é também o símbolo da integridade sexual, psíquica e de integração social do indivíduo e do casal. O filho não é mais um valor do capital econômico, no século XX, como foi nas sociedades pré-industriais. Sobretudo após o acontecimento da contracepção (década de 1950), o filho é um capital narcísico e afetivo, o que vai ter conseqüências radicalmente diferentes, tanto para a vida da criança como para os pais. No passado, seria ele que traria a sua força de trabalho e o cuidado para os seus pais. Agora ele é um bebê obrigatoriamente desejado, os pais querem tê-lo para ter prazer, então oficialmente eles não esperam um retorno.

c) Embriões doar/receber, sim ou não ?

Quando se pensa em FIV/ICSI, os gametas e os embriões fora do corpo podendo ser congelados e dados, isto provoca uma perda de referências. Eles cruzam, em alguns casos, a esfera simbólica do nosso conjugal com a esfera biológica das células. As NTRC forçam a pensar estas entidades, elas mesmas como separadas dos corpos, e as impedem de arranjá-las definitivamente dentro das categorias conhecidas. As perguntas dão conta de

falar do estranho: “É o embrião nosso filho?”. “Doar esses embriões é a mesma coisa que doar nosso filho?”. “Podemos descartar”? São questões que acompanham as preocupações dos casais.

Para os homens, filho não possui ligação direta com o embrião, que pode ser descartado como material sobre o qual a tecnologia está trabalhando, mas não aceitam a doação, visto que um embrião doado será transformado em filho. Enquanto se mantém no laboratório, são células que imputam responsabilidade ao casal por causa do destino dos embriões (NOVAES; SALEM 1998).

Para as mulheres, contudo, os sentimentos em relação aos embriões são outros. Os homens tratam o embrião como uma realidade à parte do seu corpo e um material que é depositado no corpo da mulher na esperança que venha a ser um feto. A mulher, na fala dos homens, pensa no embrião com um valor sentimental de filho

Embriões eu não iria considerar meus filhos, é um material que está lá e pronto. Infelizmente não, eu não consideraria meus filhos. Tanto é que na primeira vez, no bebê de proveta, ela achou que perdeu o neném. Eu não achei que perdi o neném. Para mim ela não perdeu o neném, simplesmente veio a menstruação. Ela chorou pra caramba, se desgastou um monte. Eu simplesmente disse... não te preocupa com isso. Ela disse: “Mas estava fecundado”, eu dizia: “(nome) não te preocupa com isso, simplesmente foi feito in vitro e pronto”. Talvez, se eu fosse mulher, eu sentiria o que ela está sentindo. Mas eu, como homem, vou ser honesto contigo, se eles dissessem para mim: “Olha (nome), os teus espermatozoides lá vão ser jogados todos fora, eles poderiam jogar tudo fora, eu não iria criar um problema por causa disso, concordaria (entrevista 8, Geraldo, casado com Janete).

O estar fora do corpo não significa para ela não pertencer ao seu corpo. E, mesmo se há da parte da medicina uma tendência a tratar o embrião como fora da mãe, o que observamos da parte das mulheres é um sentido osmótico, visceral muito forte. Elas chegam a afirmar “é uma coisa minha” e tomam como responsabilidade sua.

Para a maioria das mulheres perder embriões é sentido como perder os próprios filhos, tal é seu envolvimento físico e emocional. De modo que doá-los é como doar os próprios filhos.

Isso é uma coisa minha que está ali, são meus filhos de qualquer jeito. Eu encaro como filhos. É que tu acompanhas tudo, desde a hora que eles tiram o óvulo, aí quando tu vais lá com dois dias, tu já vês a evolução deles, que aí está tudo como uma espuminha, aí quando tu vais para colocar ele já está todo redondinho. Aí parece que tu já estás vendo embrião ali dentro. Por isso é muito difícil tu chegares e dizer: eu vou doar, ou vou eliminar.

Marlene: Você viu esses embriões?

Sim. E isso deixa a gente com mais dificuldade ainda para decidir. Se vê todo aquele processo e fica muito difícil (entrevista 25, Simone, casada com Armory).

Mesmos que os embriões permaneçam uma parte do tempo sob os cuidados dos médicos e dos biólogos que poderiam chamar para si a responsabilidade sobre o que fazer com os embriões, a mulher insiste em uma simbolização filial que a marca como a principal protagonista, não apenas para decidir sobre sua sorte, mas, nesse caso, fazendo deles já seus filhos. Ela é a “dona” absoluta do material e estabelece com ele vínculos maternos. Busca ao mesmo tempo apoio do marido para esse sentimento. Parece se defender do poder dos outros atores sobre os embriões que estão fora do seu corpo:

Mas achei interessante que mais ou menos forma uns três dias que eles ficaram em laboratório fazendo isso, deixando crescer, porque quanto mais tempo há uma chance maior de botar um embrião um pouquinho mais maduro. Aí, achei interessante, assim, porque pra mim já eram os meus filhos mesmo, era bem claro isso na minha cabeça, não eram embriões lá, pra eles eram, claro. Isso é uma coisa muito mecânica, muito técnica, mas pra mim eram os meus filhos. Eles me ligaram duas vezes por dia pra dizer “Nome, os embriões estão lindos, estão crescendo, não estão morrendo, está dando tudo certinho”.

Eu nem via como ... no microscópio, pra mim eram filhinhos lá. Às vezes, eu pro meu marido “Tadinhos, lá sozinhos, nós aqui”, eu dizia pro meu marido e eu tinha certeza que ia dar. Daí eles me ligavam, “Ah, já cresceu mais, vai dar tudo certo”. Eu assim, por mais que seja uma coisa técnica, mas pra mim não sou tão [...] (entrevista 33/34, Anita, casada com Ezequiel).

Chorar e sofrer o processo da perda, como se fossem filhos, mesmo quando sabem que se trata da perda de células, permite a transposição da dor de um objeto real para um imaginário. Choram desse modo a ausência, sentimentos que não seria permitidos em circunstâncias normais da vida.

Bom quando eu perdi, que eu vi mesmo que eu perdi, nem tinha saído, eu tranquei a casa todinha, eu fiquei direta deitada na cama chorando o dia inteiro. E eu chorei, chorei muito, como se fosse um luto. Aí eu dizia assim: “Ai meu Deus, sofri tanto, tomei tanta medicação por nada. Eu me esforcei tanto e não deu certo”. Mas eu sempre pedia: “Dai-me força para superar”. E foi muito bom ter acontecido isso. Pegar e me fechar e chorar bastante e colocar para fora, porque aí eu me limpei. Já pensou, se eu fingisse que estivesse tudo normal, perdi e pronto e deu. Eu acho que eu ia ficar com aquilo guardado. Não, eu botei para fora legal no eu não atendia ao telefone, batiam e eu não atendia. Até o meu marido estava preocupado que eu podia entrar em depressão ou alguma coisa assim. Eu disse não, deixa assim que vai ser melhor para mim. Sabes, quando acontece alguma coisa que tu deves ficar sozinho? (entrevista 5, Jádí, casada com Beto).

Eu fiz o exame e deu positivo. Porque dá uma quantidade X de hormônios que diz que você está grávida. E quando fez o outro já deu negativo. Eu estava perdendo. Mas na verdade eu não estava perdendo, ele só estava em evolução. O corpo não

aceitou. Só que no dia em que eu fiquei menstruada e que eu fui lá, parecia que eu tinha deixado meus filhos lá dentro. Era uma coisa engraçada. Se eu falar sobre isso hoje eu choro. Isto aparece como se eu tivesse perdido os filhos mesmo. Tanto que eu queria que eu olhava as células nas fotos eu já enxergava meus filhos. E então para mim eu deixei eles lá dentro. Eu saí chorando feito uma louca, feito uma desesperada. E nem tinha dado positivo, era só uma divisão do celular. Eu nunca mais faço isso. Eu sabia que era como uma relação normal. E que aqui eu só estava facilitando as chances. Só que quando eu fiz a fertilização *in vitro* parecia que eu tinha deixado meus filhos lá. Isto porque eu tinha visto os embriões, tinha visto as fotos, tinha visto eles se formando, eles eram uma coisinha de nada (entrevista 7, Janete, casada com Geraldo).

d) Adoção

A **adoção** é considerada a última opção para os casais que se deparam com os insucessos das possibilidades oferecidas pelas NTRc. Esgotar todas as chances é a atitude desejada. O filho está no projeto de casamento, que até pode acabar, mas ele se estende para toda a vida. Decidir tê-lo implica futuro, e as representações apontam para o entendimento de que ter um filho com um pouquinho de cada um, dentro da consangüinidade familiar, facilitaria a vivência de eventuais problemas no futuro. Se o filho nascido da relação do casal “der trabalho”, ele estará amparado por uma rede familiar, e poderá ser dito a ele que é da família, não possuindo o direito de destruir esses vínculos. Por outro lado, as representações expressam a certeza de que haveria uma maior aceitação dos erros por parte dos pais e dos familiares, se o filho for do “próprio sangue”.

Adotar era uma coisa que estava pesando muito, quando a gente pensava em adotar, a gente dizia que primeiro iria esgotar todas as tentativas, e se depois não desse, a gente adotaria. A gente ainda estava relutante, a gente vê tantos problemas com a adoção. E um filho é para toda a vida. Se tu adotaste, vai ser um filho para sempre, então é irreversível. Por isso a gente estava bastante dividido, a gente não sabia se caso não desse certo, se nós partiríamos para adoção ou não. A gente queria muito um filho, a gente tem sobrinhos, mais pela insegurança do que seria esta criança, vinda de uma outra família. E poderia acontecer no futuro. Porque natural é mais fácil, seja lá o que for acontecer, ela será da família. Seja lá qual for o comportamento, se é natural, é mais fácil de aceitar (entrevista 32/31, Luiz, casado com Salete).

A dúvida sobre a adoção parece incidir sobre a insegurança de não saber de onde, de que lugares vem essa criança, já que ela possui pelo menos dois ramos familiares. Não é uma dúvida quanto ao lugar social, é uma dúvida sobre o sangue, sobre as heranças genéticas, “o sangue puxa”, segundo Fonseca, (1995). É a introdução de um sangue diferente no seio da suposta conjugalidade e consangüinidade do casal. São os possíveis comportamentos herdados via sangue que causam temor. Os adotantes partem

do pressuposto de que a relação consangüínea entre eles é adequada, que eles não herdaram nenhuma “tara” genética, e estariam aptos a ter um filho do mundo conhecido, do que pensam saber sobre o que querem continuar de sua consangüinidade e de sua história pessoal.

De outra parte, no momento da adoção eles não encontrariam o tão buscado “um pouquinho de nós” o “olhar, e ficar buscando traços meu e dela”. Esse vazio de reconhecimento físico implica esforço para construir o reconhecimento social, fato que demanda, da parte do casal, maturidade emocional e afetiva para abrir mão daquilo que era “um pouquinho de nós”, ao mesmo tempo em que demanda a cura da ferida narcísica de não ter podido gerar um filho seu.

Adotar, segundo a fala abaixo, é desistir dos seus sonhos. É desconsiderar as forças emocionais, físicas e os recursos econômicos guardados para isso, além das possibilidades tecnológicas na batalha pelo filho “natural”.

Essa relação entre filho adotivo e filho natural é muito incômoda para mim. Ela tinha ido ao médico, então ela perguntou: “Vocês nunca pensaram em adotar um filho?” Sim, a gente já pensou, mas só que eu, sinceramente, se eu adotar um filho, eu vou estar desistindo. Para mim vai ser uma desistência, entendeu? Porque eu tenho certeza que a partir do momento em que eu tiver uma criança aqui dentro de casa eu vou esquecer tudo aquilo que me fez batalhar até agora. Então sabia que eu ainda tinha um pouco de forças ainda para fazer um investimento para ter um filho natural, porque ela sabia que para mim era mais importante (entrevista 3, Mirna, casada com Gilson).

Porque às vezes adoção também dá um certo problema. Essa menina aí eu fiquei com uma vontade incrível de adotar. Ainda era uma senhora de um orfanato, de uma creche, ela me disse que a menina era loirinha. Que era loirinha de olhos azuis. Depois eu disse para ele, ela está muito próxima, é de uma creche que ele ajuda. Então adoção deveria ser uma coisa muita bem feita para depois não ter o problema da mãe vir atrás da criança. Eu tenho a amiga da minha mãe que ela adotou. A menina é de cor. Sabe que é adotada, mas agora está dando problema demais. Ela quer saber quem é o pai, quem é a mãe. Ela tem uma vida boa, ela tem tudo o que qualquer pessoa iria querer na vida. Mas agora está dando problema direto. Então tem isso tudo. Não vou dizer que um filho normal não vai dar problemas. Mas também tem esse outro lado. Tem a carga genética também, a gente não sabe que a pessoa traz (entrevista 29/30, Munique, casada com Chico).

Adotar significará constituir um processo inseridor do que é biologicamente estranho, a fim de torná-lo um parente, afetivamente e socialmente falando. Ele não se inscreve na linha da consangüinidade ancestral pelo sangue, mas pela ligação social e pela vontade sobre o genético e sobre o biológico (HERÉTIER, 1996). O aspecto legal parece ser o mais simples, porque bem ou mal encontramos legislação para isso, embora alguns estudos apontem as dificuldades legais da adoção. Porém criar, legitimar e

naturalizar laços de afeto e de reconhecimento social faz sempre um eco desritmado, na sinfonia sincrônica que é a de fazer filhos e a de tornar-se pais na relação de casamento. Além do fantasma de que a família alheia pode estar sempre rondando, do medo de que o aparentado genético apareça.

A adoção abre o fosso entre a história presente e uma história anterior que não foi vivida pelo casal, cuja experiência de cindimento é apresentada como mais profunda. Tratando-se da mulher, diz respeito à ausência de uma experiência corporal. Quando os homens falam da adoção, eles contrapõem essa decisão à desistência de ter um filho de seu próprio sangue. Quando as mulheres falam de adoção, elas falam de uma contraposição entre adoção e barriga, como já apontado nas falas sobre maternidade. Adotar é abrir mão do seu corpo grávido.

Em relação à adoção, eu sempre senti assim, tem uma parte dessa história que eu não vivi e uma parte extremamente importante, eu acho que toda mãe adotiva sente isso. Por que é realmente uma incógnita pra ti, o que foi o período gestacional, que é extremamente importante, o que foi aquilo ali? É um vazio pra mim (entrevista 37/38, Sonia, casada com Mario).

Em alguns casos insistir na busca do próprio filho é reforçar a conjugalidade.

Eu não tenho preconceito contra criança adotada. A nossa busca se deve ao fato de que nós sempre queríamos ter filhos e o desejo de curtir a barriga, isso aí é que era importante. O fundamental para ter um filho nosso, para dar continuidade, para ter as nossas características. Toda mulher gosta de curtir a barriga, tem todo aquele ritual, e também porque é um filho nosso (entrevista 29/30, Munique, casada com Chico).

Adotar um filho exige que o casal seja mais forte, em linguagem psicanalítica, requer o reconhecimento da maternidade simbólica, já que não se deu no seu corpo, porque os casais pressupõem que a criança, ao ser adotada, já traz problemas de rejeição, além de que em todas as falas a adoção traz embutido no próprio processo um escondimento sobre um futuro possivelmente sombrio e de difícil relacionamento.

Eu acho que adotar uma criança tu tens que ter maior disponibilidade para dar carinho. Esta criança já vem para ti numa situação difícil. Se tu pegas uma criança para adotar e tu não dás o carinho que ela está na expectativa de receber e é mais difícil do que ter um filho teu. E a Janete não sabia se ia querer adotar. Nós temos a intenção de adotar uma criança não para nossa casa, mas pegar uma criança e ajudar. Pegar uma criança naquela casa e ajudar aquela família, mas não trazer para casa da gente. Se eu... a não ser que eu não ficasse grávida mesmo. O filho da gente já vem amado, o outro a gente tem que aprender a amar (entrevista 7, Janete, casada com Geraldo).

Acrescenta-se o fato de que a adoção vem para beneficiar a criança, prioritariamente. Ela deve ser encarada como solução para a criança e não para a infertilidade do casal. O casal e sua alteridade devem estar suficientemente trabalhados.

Agora, é claro, a questão da adoção é importante, só que eu não vejo a adoção pra resolver o problema de um casal que não pode ter filho. A adoção, o correto dela, é resolver o problema da criança e às vezes onde a adoção não dá muito certo, que às vezes as crianças ficam revoltadas com os pais adotivos é que eles quiseram resolver o problema deles, eles quiseram tampar um furo deles de não poder ter filhos e aí querem que todos achem que aquele filho é deles, que é do sangue deles e não é por aí. O correto é tu adotar no sentido realmente que aquela criança está precisando de um lar, é claro que vai também vir a massagear um pouco o teu ego em termos de ter um filho, de ter alguém que diga que é meu, porque eu acho maravilhoso, eu acho correto mesmo da adoção é quem tem filho adotar uma criança. Porque é muito fácil dizer “Por que que tu não adota?” Tu tens os teus filhos (Entrevista 21, Mônica, casada com Nando).

A resistência à adoção, em alguns casos, parece estar associada a um certo prestar contas à própria mãe. Ao mesmo tempo, no receio de que sua mãe não reconheça o filho adotado como neto.

Mas eu acho assim, se eu tenho chance de ter, porque não ter? Será que a minha mãe vai ver como o neto dela se eu adotar? Isso às vezes me passa pela cabeça. Eu gostaria que ela visse. Aí você passa a ..., aí você vê, porque minha mãe ama criança de paixão. Minha mãe tem loucura por criança, era para ela ter cinco filhos. Ela só teve... Mais uma vez eu brinquei com ela, eu já testei também para saber. Porque às vezes a gente pensa que está fazendo uma brincadeira, mas na realidade você quer testar. Eu falei, mãe, eu tenho um bebê aqui, não sei o quê... Ela reagiu super bem. E, por outro lado, ela disse: “Meu Deus, vocês estão loucos, vocês não compraram nada, o que vocês vão vestir nessa criança?” Depois eu desmenti. Mas por aí você vê que ela estava preocupada. Ela queria saber que estrutura estava dando, como é que eu catei uma criança e não preparei nada. Mas eu acho assim de as pessoas mais velhas são pessoas sábias (entrevista 35, Tania, casada com Dito).

Diante da impossibilidade de prever o futuro em relação aos problemas com a educação, e diante da imponderabilidade do desejo de ter seu próprio filho, a adoção será uma última escolha. Antes será preciso fazer todo o esforço para não ter que assumir dois fracassos: o de não ter tido seus próprios filhos e o de não ter conseguido educar os adotados.

Pois é, isso que eu fico pensando muito, e eu me pergunto será que se eu adotasse uma criança eu não me apegaria do mesmo jeito? Eu adoro o cachorro, eu trato como filho, eles dormem na cama comigo e tudo. Então eu me pergunto, será que um filho adotado não me daria a mesma sensação? Isso aí é o que faz mais a gente pensar. Só que eu tenho vários amigos que adotaram, todos os filhos dos meus amigos adotados são problemáticos. A maioria se desvirtua para as drogas, é claro, alguns já têm conserto. Mas isto é muito difícil de ser explicado. Absolutamente todos, sem exceção. Para mim financeiramente é mais fácil adoção. Mas num nível do sentimento, eu me submetaria ainda a tratamento para engravidar.

É engraçado isso, né? Parece que a gente pensa que se veio de fora ainda não é filho. Isso é estranho. Parece que se saiba que de dentro é meu, se veio de fora não é. Eu não sei se tu és psicóloga, mas esta é uma relação difícil de ser explicada. Eu acho que o amor seria o mesmo, mas este sentimento é difícil de explicar. Eu penso que tem fazer a tratamento até onde der, quando não der mais eu vou fazer adoção (entrevista 29/30, Munique, casada com Chico).

Observando nosso material empírico, encontramos ambivalências e ambigüidades que denotam, por um lado, uma visão de mundo centrada no parentesco, entendida, tal qual a desenvolvida por Hérítier e tratada por nós no primeiro capítulo, quando ela afirma, com base em Lévi-Strauss, que o parentesco

É parte de um dado biológico elementar, que não pode deixar de ter sido variável desde sempre, que o pensamento humano aperfeiçoou, simbolizou, explorando as possibilidades lógicas de combinações paradigmáticas que este substrato podia oferecer, elaborou os grandes tipos de sistemas de parentescos de que vêm atualmente as formas tal como a história da humanidade as modelou (1989, p. 30).

Essa ambigüidade e essa ambivalência se expressam num grupo de homens, embora não se constituam em maioria, que são a favor de práticas como a de doação e recepção de material, e que as preferem à adoção. Porém eles, efetivamente, nunca estiveram diante da necessidade de decisão. Eles falam de algo que escutam ou que supõem poder acontecer. Não tivemos nenhuma situação em que a carga genética (óvulo, ou esperma) não tenha sido do próprio casal. E, nesse sentido, não foram rompidos os laços da consangüinidade biológica nesta amostra. O que não significa que essa prática, não tenha efetivamente acontecido, uma vez que parece ser cotidiana na fala dos médicos, particularmente, se tomarmos em conta que em nosso presente é possível fazer filhos via tecnologia, com material genético diferente daquele doado pelo par casal.

A doação de óvulos ou de espermatozoides permite, como afirma Strathern (1992), um parentesco diferente do biológico. Laços de parentesco podem passar agora a ser definidos como sociais, jurídicos e legais. E o organismo humano continuará sendo um recurso funcional produtor de material genético. No caso desses receptores, o material é ressignificado no interior de uma relação constituída agora, sob a “falta” de uma das colunas estruturantes da descendência consangüínea, e se desloca para os laços do social: maternidade e paternidade sem carga genética.

Nos casais o que encontramos é uma maior resistência em relação a assumir material genético doado. No limite, se a necessidade de escolher doação de material se coloca, então, a adoção é a escolha restante. É o desfecho de um processo marcado pelas frustrações e decepções em relação a todo investimento tecnológico e econômico

pelo qual passaram. Em alguns casos os casais já tem filhos adotivos e ainda assim, buscam o seu próprio.

Independente do nosso dado empírico, da resistência à material genético doado, o contexto biotecnológico e as falas dos médicos, para quem as práticas de doação se desenvolvem, sugerem sua consolidação. Nós podemos vislumbrar a possibilidade da transmissão genética com absoluto sucesso, por meio das técnicas de engenharia genética. A tecnologia, no limite, poderá prescindir do ato sexual e até dos gametas, vide as discussões sobre clonagem. Embora, em nosso caso, esta seja em si uma réplica, não é uma engenharia genética na acepção de “transformar ou modificar genes”.

Conforme estamos observando, são muitos os elementos envolvidos nessas práticas. Elas abrem caminhos novos que exigem respostas novas. O recurso à doação de óvulos e de espermatozóide, prática perfeitamente viável nas representações dos médicos, esbarra em resistências e conflitos pessoais e relacionais, podendo mesmo levar à desistência.

O problema que existe com certa frequência é que mulheres que chegam no fim de sua potência ovariana e que o ovário começa a entrar em falência e não produz óvulos, daí a gente diz assim: “Olha, com teus óvulos não vale a pena tentar porque nós vamos perder tempo, vamos gastar dinheiro e tempo e não vai adiantar. A senhora precisa de doação de óvulos e a gente passa para outra etapa, e ela passa a ter uma chance maior com uma mulher mais jovem, é aí que algumas desistem (entrevista 7, Janete, casada com Geraldo).

Pensamos que os fatores de desistência se devam também ao fato de que as tecnologias são representadas, em um primeiro momento, como aquelas que irão permitir o nascimento de um filho do próprio sangue, e é fato que elas o fazem. Elas são assim colocadas tanto pela prática social, como pela medicina e pela mídia, e respaldadas por conhecimentos de senso comum, o que cria expectativas nos casais,. Isto só se complexifica quando as reais dificuldades são avaliadas no processo de tratamento, e os empecilhos se apresentam, ou a partir do limite dos gametas, ou a partir da ausência do útero na mulher. Embora, para alguns médicos, transmissão genética e filho do próprio sangue seja uma ilusão .

Olha, o que existe é uma fantasia de que a pessoa vai ter a sua genética. Se ela não tem a sua genética, daí as pessoas acham que é muito complicado, então não querem. Eu até interpreto, eu explico isso que a genética hoje, a genética hoje, não vamos negar aqui, ela tem seu papel importante e a gente não vai escolher o óvulo de uma negra para transportar numa branca, nem uma japonesa numa branca, nem vice-versa, quer dizer, nós, quando alguém precisa, vai precisar de óvulos, nós pegamos a fotografia dela e a pessoa encarregada vai procurar essa pessoa dentro da população que se procura e que são mulheres que também querem engravidar e que precisam de ajuda também, são ajudadas por esses casais, numa associação e essas pacientes então por isso doam uma parte de seus óvulos quando fazem o seu

procedimento. Nisto não há envolvimento econômico, dinheiro, não se vende óvulos, não se compra óvulos, pelo menos aqui no ... isso não é feito e eu não acredito que em algum lugar do Brasil se faça (entrevista 7, Janete, casada com Geraldo).

Alguns relatos dos médicos e das mulheres dão conta de dizer sobre a relativização do uso de material genético (conforme fala abaixo), mas em nosso campo empírico não há casos de doação de material. E o que se observa, de maneira geral, é uma resistência em fazê-lo, particularmente por parte dos homens, quando se trata de material doado por outro homem.

Uma grande surpresa, por exemplo, que eu tive quando nós fazemos, isso aí foi surpresa, a inseminação de outro sêmen, heteróloga. Eu sempre pensei que o indivíduo quisesse esconder essa criança, mas ao contrário. Eles entram com essa criança no colo, triunfantes. O sentimento é completamente diferente. Mas, mesmo assim, eles são resistentes. Devias falar com alguém que já teve um fruto de inseminação. Mas é uma coisa que geralmente as pessoas não admitem para os outros. Elas admitem para nós, que somos médicos. Mas a recepção é muito boa. A felicidade deles é impressionante. Agora, é claro, se vai falar com ele antes, ele vai fazer resistência. Ele vai dizer que não, e tal. Essa é a primeira reação. Até que ela o convença. Se ela tiver interessada que ele receba uma doação, ele vai fazer. Se ela não estiver interessada, ele não vai fazer (entrevista 16, Dr. Alcides).

Relativizar tão pura e simplesmente, numa atitude quase ingênua, é desconsiderar que talvez nossa sociedade ainda não consiga aceitar que uma criança concebida por espermatozóide de doadores tenha pais idênticos, paternidades partilhadas. O que vemos é uma busca infinita por integrar pessoas nos mesmos valores, nos mesmos direitos, até que a sociedade possa fazer outras escolhas dentro das possibilidades de regar, de reproduzir *in vitro* os processos celulares da fecundação e do desenvolvimento embrionário, diante da possibilidade de conservar congelados gametas e embriões, de identificar patologias e de poder corrigi-las. Mas talvez ainda não tenha conseguido responder questões de fundo que estão sendo resolvidas pela tecnologia a seu modo. Questões tais como saber o que é uma mãe, um pai, quais as ligações que se estabelecem entre gerações, qual é a parte do biológico nestas ligações e o que é normal e o que é patológico.

Por ora, continuam-se legitimando as práticas médicas voltadas para a família nuclear e monogâmica no contexto do nosso estudo. Em algumas entrevistas, os médicos dizem mesmo que precisam se certificar de que esses casais não estejam em crise antes de começar o tratamento. Preservar o biológico e o doméstico e construir sobre esses pilares é um componente de segurança e legitimidade da prática. Como diria Mafessoli (2002), é a ligação dos valores tradicionais aos aspectos mais avançados do mundo tecnológico.

Capítulo V

Natureza ou Tecnologia ? Invertendo o Natural e o Artificial

Este capítulo tratará do uso das categorias **natureza e cultura, operando as/nas diferenças entre sexo masculino/feminino e gênero, e sua relação com o natural e artificial, a partir das falas** dos médicos e dos casais. Em grandes linhas, toma-se o contexto das NTRc para observar se a tecnologia da reprodução assistida acrescenta alguma mudança à apriorística de que a natureza é dominada pela cultura tecnológica, o feminino pelo masculino e o natural pelo artificial. Estamos deste modo retomando os fundamentos da construção da categoria analítica gênero e verificando como ela se constituiu no contexto das NTRc.

Segundo Nadal (1999), para a antropologia, a hierarquia de sexo se constitui a partir da simbólica dos fluidos corporais. As representações concernem ao esperma e ao sangue, e o sangue justifica a subordinação feminina: o esperma e o sangue menstrual são vistos, geralmente, de maneira antagônica. Isso explica os ritos de reclusão das jovens filhas na puberdade ou das mulheres durante a menstruação, marcando a anatomia e a fisiologia como a base das construções ideológicas que servem para legitimar a ordem sexual e as diferenças na construção social de sexo (HEILBORN,1997).

Desse modo, gênero permite pontuar a dimensão historicamente construída das diferenças sexuais e suas conseqüências para a forma como são construídas as desigualdades nas relações sociais. Gênero como atributo da cultura, permite perceber vários componentes dos diferentes modos como as diferenças sexuais ganham significados, segundo Nicholson, (2000), e como são experimentadas pelos indivíduos, segundo Stoller,(1993); a forma como as assimetrias se constituem, segundo Mathieu (2002). Permite pensar o poder e as múltiplas diferenças, segundo Scott, (1992); seu contexto relacional, segundo Lauretis (1994) e Machado (1998), e ainda as concepções culturais do masculino e feminino, como complementares e excludentes, segundo Rubin (1998). A forma como as diferenças sexuais são materializadas na remodelação da matéria dos corpos sexuados, através da linguagem, capaz, ao mesmo tempo, de expressar conteúdo de práticas sociais, mas também de articulá-las em sua ação sobre os corpos, segundo Butler (1999). Quando falamos, portanto, sobre a materialidade ou materialização das diferenças sexuais, tomamos em conta a remodelação da matéria dos corpos (que é feita na reprodução assistida), como efeito de uma dinâmica do poder, de tal forma que a matéria dos corpos é indissociável das normas regulatórias que a

governam e a multissignificam. Ao repensar o processo pelo qual uma norma corporal é assumida, apropriada e adotada, conforme nos inspira Butler, encontramos que a própria materialidade corpórea não se configura como uma realidade anterior pré-discursiva. O que acontece “é um processo de materialização que se estabiliza ao longo do tempo para produzir o efeito de fronteira - daquilo que nós chamamos de matéria” (BUTLER, 1999, p. 163).

A refutação de todas as formas de naturalismos nos permite, portanto, questionar os pressupostos das hierarquizações opressivas e o controle sobre os corpos e a natureza, que devem ser entendidos em sua variabilidade de conteúdos e características de gênero e também na variabilidade de agenciamentos cognitivos da categoria sexo, segundo as sociedades, bem como a fragilidade das fronteiras estabelecidas entre os sexos (MATHIEU, 2000).

A remodelação da matéria dos corpos no campo da reprodução assistida dá-se a partir do entendimento do que é natural. O natural é o corpo fértil. Trata-se de remodelar corpos inférteis em corpos férteis, como efeito de uma dinâmica de poder que visa recontextualizar a fertilidade nos corpos e nas relações preferencialmente heterossexuais. A divisão sexual em dois sexos é a base das NTRc, porque são necessários corpos sexuados capazes de oferecer os diferentes gametas. Eles são indispensáveis à aplicação das tecnologias reprodutivas, isto, até que não se trate de clonagem, ou de uma gravidez utilizando somente os óvulos femininos, ou até que se desconsidere que as afirmações sobre a necessidade das diferenças sexuais como pressupostos para a NTRc, não tomam em conta os corpos marcados por diferenças sexuais e hormonais não correspondentes à materialidade performativa exigida em relação à produção das condições geradoras dos gametas. O fato de que “distúrbios” hormonais ou funcionais comprometem a performatividade dos corpos faz já cair por terra a constituição da fixidez do corpo, e traz um questionamento sobre uma natureza pronta e acabada. O sexo biológico, assumido como não questionável, o será, à medida que os estudos sobre o determinismo genético o complexificam, de modo que as diferenças são dificilmente redutíveis a duas categorias apenas (PEYRE et ali, 2002; KRAUS, 2000; OUDSHOORN, 2001).

A intervenção médica cotidiana parte da necessidade de ajudar a natureza, devolvendo-lhe sua capacidade, que é entendida como uma “capacidade reprodutiva” e que está lá, em algum lugar, e precisa ser acordada e ajudada pela ciência.

Em um primeiro momento, têm-se a impressão de que se trata de um agir sobre o que está escondido e que precisa vir à tona. Fala-se de uma natureza-biológica, de uma realidade material, do corpo sexuado, prioritariamente o feminino, segundo Rouch (2002, p. 245):

Ce sont les femmes qui paient le prix de ces enjeux dès lors qu'à partir de leur rôle spécifique dans la reproduction elles deviennent objets de pratiques expérimentales: manipulation possible dans la mesure où, en tant que groupe social, elles n'ont aucun contrôle sur les modalités et l'évolution des N.T.R.

A fixação do olhar sobre a performatividade desse corpo observa que ele tem uma falha: não pode procriar. Essa natureza corporal necessita ser capacitada pela medicina, que tratará de transformar o corpo “infértil” em uma condição que lhe permita manifestar fertilidade.

A questão que se coloca é a de que, se essa intervenção médica, ao modificar o corpo para o “capacitar”, não estaria já remodelando a matéria. Observamos que, ao intervir para gerar capacidade reprodutiva, parte-se de um pressuposto. O corpo como natureza normal é o fértil, se ele não está conseguindo manifestar sua essência, então precisa ser ajudado. Uma vez que ele está falho (anormal), configura-se uma nova materialidade corpórea que não é a da fertilidade pré-concebida como a de uma natureza normal que seguirá seu rumo, encarrilhando-se para a reprodução porque foi ajudada a se reencontrar. Mas será uma materialidade corpórea que não se configura como realidade anterior pré-discursiva, e sim num processo de materialização que trará para esse corpo a função reprodutiva, ainda que “passageira”, na maioria dos casos. O “tratamento” não (re)essencializa uma natureza fértil, apenas permite produzir um efeito de remodelação que se aproxima do que era considerado natural pela cultura. O que ocorre na verdade é que esse natural é todo construído.

Observamos que, para “reformular” essa materialidade corporal, são necessários instrumentos tecnológicos. Deste modo, não só o corpo é “performativo”, mas também a tecnologia, que, por analogia ao próprio corpo ou por metáfora dele, carrega em si o que falta nele. Por exemplo, se o corpo não é capaz de produzir hormônios, a tecnologia o faz, estimulando-o, através da técnica e da medicação, com a finalidade de lhe devolver uma capacidade reprodutiva, “performativo”, desse modo, sua função.

A tecnologia médica age no corpo e fora do corpo, mas por similaridade, espelhando-se nas sínteses realizadas no próprio corpo. Ao mesmo tempo, a tecnologia possui uma realidade autônoma, que lhe permite, no limite, romper com sua base restritivamente biológica, o corpo, uma vez que todo o processo hormonal pode se dar com material sintético, fora do corpo. E a fecundação, como resultado dos muitos estímulos hormonais no corpo, com materiais sintéticos que agiram no resultado ovulatório produzido, também pode dar-se inteiramente fora do corpo, podendo-se, mesmo, obter embriões e mantê-los congelados fora.

Estamos gerando natureza ou instrumento técnico? Se pensarmos que agora o embrião é, ele mesmo, a condição que falta ao corpo para que o útero engravide, então, o embrião pode ser o instrumento técnico fundamental à gravidez. Se pensarmos que o embrião é a natureza que precisa de um lugar para se desenvolver, então o corpo é o instrumento para o desenvolvimento dessa vida “natural” em latência como ser. Isso confunde natureza e técnica, podemos colocar um ou outro em perspectiva, a depender do foco e do que nos interessa escolher. É a possibilidade das escolhas que está dada, segundo Strathern (1991).

A tecnologia pode instrumentalizar a fecundação que, realizada *in vitro*, torna possível o controle do patrimônio genético do embrião ou o controle dos embriões e a transmissão dos gens da espécie, ou ainda o uso de embriões para pesquisa, segundo Rouch (2002). O que, a nosso ver, é o mais freqüente nas trocas de mercado, mas pode, de outro modo, conduzir a pensar, os novos produtos como naturezas que necessitam de lugar para se desenvolver, transformando, assim, sua “artificialidade” em “naturalidade” e invertendo o “natural” corpo humano, em artificial, como o lugar onde o “criado” irá ser colocado para se desenvolver ele próprio como sendo o “natural”. Desse modo, há um entrelaçamento entre natural/artificial, natureza/cultura, que dificulta separar as fronteiras entre o que é um e o que é outro.

1. Os Médicos: a construção da natureza fértil.

Essas tecnologias se consolidam como intervenções concebidas como “naturais”, pois são utilizadas para imitar o trabalho da natureza, na fala dos nossos entrevistados em geral. Se tomadas como relação de “ajuda” à natureza sexuada dos corpos, elas perdem seu caráter maléfico, ganhando em benevolência, ao mesmo tempo em que capacitam a espécie humana sem prejudicá-la. O que fazem é devolver à natureza sua função, dentro de uma lógica liberal onde tudo é possível, se cumpridos alguns pressupostos. O principal, neste caso, é sua capacidade de ajuda no processo de construção do corpo fértil.

Por que a gente continua trabalhando com produtos naturais, não é nada artificial. O ovócito dela, é ovócito humano, é sempre humano, a gente só dificulta as barreiras, a gente aproxima mais essas duas células, existe uma proximidade. Mas, pra mim, continua sendo natural...Mas, não deixa de ser de forma alguma natural, a gente só está diminuindo o espaço entre o espermatozóide e o óvulo, é só isso que a gente faz (entrevista 15, Dra. Marina, bióloga).

Assim, compreendidas como forma de ajuda, essas tecnologias são pouco questionáveis e esquece-se de interrogar sobre o poder que elas dão à ciência médico de agir sobre a vida.

Nelas há objetos privilegiados, as mulheres, na medida em que as diferenças fisiológicas reprodutivas e as diferenças de sexo requerem a manipulação dos corpos centrada no corpo feminino. Embora elas desapareçam dos protocolos médicos, que falam em estimulação ovariana, em ciclos, mas não em mulheres, segundo Rouch (2002), em seu estudo sobre os relatórios de tratamento.

Conforme desenvolvido no capítulo II, o entendimento do que é a natureza, depende tanto da cultura, quanto do contexto de cada período histórico. No ocidente, ele passa de uma concepção benevolente e dotada de intenção, presente no século XVII, para uma concepção indiferente e mutável no século XIX, época em que, na linguagem positivista, os corpos são equiparados a máquinas (LOWY, 1995; VARIKAS, 2001).

Agora, no contexto das NTRc, a natureza é aquela que necessita ser “ajudada” pela tecnologia. É a portadora de uma incapacidade ou de uma falha em materializar um corpo fértil, interpelada pela materialização da diferença sexual capaz de produzir as condições para a fertilidade e a sua transposição para a relação heterossexual, construtora da maternidade e da paternidade, no contexto do nosso estudo. Na fala dos entrevistados médicos, e, em parte, na dos homens, vê-se o abraço entre a natureza e a técnica, enquanto entidades que se completam e buscam “normalizar o casal”. Para eles, a tecnologia não muda o “processo” de fazer um filho. Ela apenas “acerta” as condições físicas, conforme depoimento abaixo.

Eu acho que não muda nada. Eu acho que o que acontece é que a medicina dá uma mexida, igual uma cirurgia do coração. A medicina vai ali, toma algumas atitudes, e o filho nasce natural. Ele vem de dentro da barriga da mulher, ele come o que a mulher come. Ele se alimenta do que a gente se alimenta, igual. Eu achava que seria complicado se pegasse tirasse fora. Se fizesse inteiro numa incubadora. Aí eu ia achar meio estranho. Mas assim não. Mas dentro da barriga eu acho bem normal, eu não acho nada anormal (entrevista 28, Humberto, casado com Solange).

Aqui é a técnica agindo na barriga que torna a natureza fértil, a barriga é “natural”, e manter o bebê na barriga é o que permite construir a naturalidade do processo de procriar. O entendimento é o de que, se há algo artificial, é só na relação de ajuda ao natural, o desenvolvimento do bebê continua sendo no corpo natural. Ele não é autônomo e, nesse caso, poder-se-ia colocar a barriga a seu serviço. É a barriga que está sendo ressaltada para focar a naturalidade do processo. Enquanto ela, o útero, for escolhido como o fundamento do processo natural, permitir-se-á manter a linguagem centrada na naturalização do processo.

A dicotomização de gênero que nós apresentamos anteriormente, no capítulo III, na forma particular de contraposição entre o útero e o espermatozóide, apresenta-se também quando se fala da natureza como uma entidade inscrita, tanto no corpo do homem, como no

corpo da mulher, e que é revelada, por exemplo, nas expressões “usamos materiais humanos”, ou seja, espermatozóides e óvulos. Ao mesmo tempo, essa dicotomização é externa aos gametas, porque engaja sentidos de outra lógica, a de que é natural para uma mulher ser mãe, e reporta-nos ao papel social naturalizado. A mulher é vista como mãe biológica e o homem deve ser pai porque é o marido da mãe. Desse modo, a construção do sexo não é um dado corporal sobre o qual o construto do gênero é artificialmente imposto, mas é uma norma cultural que governa a materialização dos corpos, como materialização da norma regulatória (BUTLER, 1999).

No que tange ao primeiro aspecto, relativo à identidade sexual, inscrita no corpo, segundo os médicos, ela é então capaz de dotar os corpos com uma essência marcada de modos diferentes. Generosa com o homem e perversa com a mulher, esta natureza marca a mulher com a incapacidade porque lhes falta óvulos ou o útero. O homem é marcado com uma falha, conforme nos dizia uma das entrevistadas, comentando sobre a fala dos outros a respeito do marido. “Eles diziam tu és um falhado”. Neste particular, as tecnologias de reprodução assistida, do ponto de vista dos médicos, são “ajuda” que vem devolver a capacidade reprodutiva da mulher, de fora para dentro, via medicação. Da mesma forma recuperam a falha no corpo masculino, de dentro para fora, via ICSI, sendo que o corpo masculino é concebido como “naturalmente” fértil, podendo sua potencialidade ser desenvolvida por meio de uma ajuda tecnológica, que vai buscar até mesmo células imaturas, as espermatites, para utilizá-las via ICSI. O gameta masculino é preparado e capacitado para ser recolocado no curso como fértil, portanto, potencializado através de um poder biomédico/laboratorial sobre o corpo. A prática médica reforça as concepções culturais de que o homem é sempre fértil, enquanto a mulher é mais necessitada de ajuda tecnológica. Seu corpo, seu útero e seus ovócitos continuam sendo partes imprescindíveis para as NTRc. Mas ela tem que normatizá-los via medicação e intervenção corporal.

Além disso, em relação à mulher é preciso administrar outra “perversidade” da natureza, a redução do tempo biológico relativo à sua fertilidade. Isto porque, segundo é consenso na medicina, a natureza não lhe deu os mesmos atributos masculinos, ela limitou seu potencial procriador.

Marlene, a natureza foi perversa com a mulher. Ela acabou com a reprodutividade dela aos 45 anos, 40, 45 anos; o homem não, o homem 60, 70, 80, enquanto ele tiver potência ele reproduz. A mulher, a tecnologia vem devolver a ela uma parte de sua fertilidade. O que eu acho é que a tecnologia está favorável a ela (entrevista 7, Dr. Salvador).

Conforme podemos observar nesta afirmação, a infecundidade é transferida para a mulher como uma característica do indivíduo, é dela que a natureza “rouba” a fertilidade. Não se faz referência em relação ao fato de que só há infertilidade porque essa mulher está num projeto de conjugalidade. Embora, eventualmente, pudéssemos considerar o desejo de maternar na condição de celibato. A busca pelo filho na nossa amostra, se constitui sempre por causa do casamento, nenhuma das entrevistadas disse querer ser mãe solteira. É na relação que se constitui a imponderabilidade do desejo. Um indivíduo fora desta relação pode ser hipofértil ou estéril, sem ser doente (ROUCH, 2002). Sem contar que há outro problema a ser considerado. A maior parte das infecundidades resulta da hipofertilidade de um ou de outro, ou dos dois, e não de sua esterilidade. Por isso as NTRc vêm paliar a esterilidade (BATEMAM, 2000; ROUCH, 2002; LABORIE, 1988, 1994) e não trazer um diagnóstico de esterilidade, conforme já explicitado reiteradas vezes.

Segundo os médicos, a tecnologia é capaz de devolver para a mulher o que ela “perdeu ou não tem”, ao mesmo tempo em que potencializa o homem no que ele “tem”, na busca de resultados reprodutivos. Esse é o trabalho da ICSI, que demanda uma escolha dos espermatozóides por parte do biólogo. Ele escolhe os que considera os melhores¹, através de critérios morfológicos, para materializar o embrião. Quando não há espermatozóide, nem no ejaculado e nem no epidídimo, trabalha-se com a maturação de espermatite (células precursoras de espermatozóides).

O avanço tecnológico oferece pra gente recursos para poder trabalhar e oferecer para o paciente maiores oportunidades, então isso é muito bom. Hoje a gente trabalha com [...], antes vinha um paciente que ele não tinha espermatozóide ejaculado, aí ele é azoospermico. Hoje o paciente vem, se ele tiver nem o ejaculado, mas se ele tiver uma punção de epidídimo, na biópsia testicular, se ele apresentar células precursoras do espermatozóide, a gente faz a maturação dessa célula, que é a espermatite, a gente faz a maturação dessa espermatite, até chegar ao espermatozóide. E até mesmo a injeção de espermatite, de células que estiverem numa fase madura, digamos assim, e a gente consegue embriões e consegue [...], já tem caso relatado de gravidez com essas células, o índice é baixo, mas existe. Então, é um grande avanço isso, que isso oferece pra gente, nós, profissionais da área, que a gente ofereça esses recursos para a população. Por que a gente vê o desespero de um paciente que quer ter um filho, um casal que não consegue, isso começa a afetar na vida dos dois, na vida do casal (Dr. Marina, bióloga, entrevista 15).

¹ É a divisão celular que é apontada como o critério fundamental para a escolha dos embriões. São selecionados, aqueles que apresentam menos fragmentações, os que obtiveram uma divisão celular adequada ao tempo proposto. Não há como avaliar outros aspectos, por exemplo, os elementos químicos. É por isso, segundo alguns entrevistados, que mesmo obtendo embriões considerados “ruins” pode-se ter sucesso, chegando a uma gravidez.

Mas o que nos chama a atenção nas falas é que, em relação ao homem dificilmente aparece a expressão “ele é estéril” em si mesmo. Fala-se em causa de esterilidade, em falhas, os médicos freqüentemente falam que ele é azoospermico. Ou ele apresenta hipozoespermia, conforme a fala a seguir. Há mesmo quem afirme “que todos os problemas masculinos depois da ICSI são passíveis de solução”.

A maior causa de esterilidade masculina é a hipozoespermia ou pequeno número de espermatozoides e isso a ICSI resolveu. Então o homem, hoje, o que ele faz, o homem cuida, vê se ele não tem nenhuma doença inflamatória, se ele não tem nenhuma coisa escarada, alguma coisa e demais eles normalmente eles não têm, normalmente o homem pode ter lá uma prostatite, que ele não tenha nada e tem baixo número de espermatozoides e esse casal vai para a ICSI e engravida, ou tem ligadura tipo o Pelé, tem ligadura de deferentes porque não quis mais ter filhos, depois encontra uma mulher, resolve ter filhos e então faz, ou faz reversão, que em geral não funciona, mais depois de alguns anos, e depois passa para a ICSI (entrevista 7, Dr. Salvador).

Em alguns casos, segundo os médicos, há casais que têm um entendimento do natural situado no corpo. São casais que cultivam valores ecológicos, e entendem esses procedimentos como artificiais. Por isso se recusam a fazê-los, embora, segundo os médicos, constituam-se em um grupo particular que é minoria. Veremos que, na fala dos homens, dos casais entrevistados, esse aspecto está muito mais ligado ao primeiro momento, em que precisam decidir entre fazer ou não. Está também ligado ao desconhecimento dos procedimentos:

Eu tenho atendido casais que não aceitam as técnicas, por valorizarem muito [...], terem esses valores como algo muito valioso para eles, “só serve se for natural, se não for assim, nós iremos pra uma adoção, não queremos nenhuma participação artificial”. Eu acho que aí entram valores religiosos, entram valores, não vou chamar de morais, por que não há nada de imoral, mas acho que mais valores religiosos, e talvez valores filosóficos, de pessoas já que têm uma libertação de uma maneira que pra elas nada que tenha agrotóxico, que tenha qualquer substância artificial serve. práticas de lazer que estão mais voltadas pra natureza e não gostam de nada mecânico, não iriam nunca num parque de diversões, numa montanha russa, porque gostam de estar em contato com a natureza. Então, aspectos religiosos e filosóficos, mas isso é minoria, a maioria não questiona (entrevista 11, Dr. Santos).

Construir a natureza fértil e conceber as “intervenções” como naturais, como forma de ajuda por parte dos médicos, revela a necessidade de ancorar esses elementos noutros aspectos. Eles envolvem as relações com a confiança, o afeto, a técnica e o médico, a qualidade do material, a pressão social e familiar e as questões relativas à sexualidade. Todos esses elementos estão carregados de possibilidades e ambigüidades passíveis de interferir na demanda por reprodução assistida, bem como no processo do tratamento convencional.

a) **A confiança** – conforme tratada por Giddens (1996), ela aparece como um elemento fundamental, indicando que um tratamento proposto por meio dessas tecnologias deverá ser capaz de unir o esforço técnico e a dimensão afetiva, em situação de ignorância. A **confiança** na conduta dos médicos e na capacidade das tecnologias como condição para o tratamento, está também na fala dos casais. Esse elemento revela traços de funcionalidade para a manutenção da relação de interdependência entre os envolvidos: médicos e casais. Ele é capaz de se contrapor ao chamado “desespero” da mulher (FRANKLIN,1990), permitindo administrar aquilo que é apresentado como surpreendente ou imponderável pelo próprio médico, quando as expectativas de sucesso criadas a partir da observação do material colhido são frustradas, ou quando o embrião não nida. Ainda diante dos impasses e da ignorância sobre o melhor caminho a ser assumido no “tratamento” ou diante da necessidade de clareza na atitude, é a confiança que permite a continuidade do relacionamento. Dilema que nos é revelado pela fala abaixo, onde a escolha do procedimento tecnológico e um possível “erro” de avaliação teriam comprometido o sucesso.

Chegou lá, tirou, ele ficou entusiasmadíssimo com os óvulos, porque ele disse que estava de aparência muito boa e o [nome], ele parou de fumar, ele fez algumas coisas assim que ele achou que ele pudesse fazer, pra poder melhorar, e o sêmen dele estava 100 milhões, eu sei que estava assim muito bom. Daí ele assim, o doutor , vamos fazer ICSI porque o sêmen está muito bom e os óvulos estão de aparência boa. Cheguei lá, ele tirou tudo, ficou todo entusiasmado, disse que não ia nem fazer ICSI, porque achava que ia fertilizar normal, porque eram de boa qualidade... Depois disse: tem uma capa dura no teu óvulo, que não fertiliza, a aparência era boa, mas dentro no citoplasma era escuro, vamos tentar amanhã, fiz uma ICSI hoje, mas essa ICSI já tinha passado 24 horas, ele mesmo reconheceu que isso seria mais problemático de fazer, porque a ICSI tem que fazer no primeiro dia. Não, consegui. E daí ele pegou e disse pra mim que não dava de fazer, no outro dia ele me ligou dizendo que não tinha fertilizado, daí assim, eu na verdade sou uma pessoa extremamente otimista, eu não sou [...], tem mulher que se mata, que chora, que ... (entrevista 23, Tereza, casada com Kauli).

Segundo Giddens (1996), a modernidade institucionaliza o princípio da dúvida radical, e nela todo conhecimento toma a forma de hipóteses. Estas podem ou não ascender à condição de verdade, ainda que, em princípio, sempre estejam abertas às revisões e determinados pontos de análise possam ser abandonados. Elas formam parte dos sistemas expertos acumulados e representam ao mesmo tempo, múltiplas fontes de autoridade, com frequência internamente debatida e divergente em suas explicações. Nesse contexto, a confiança é elemento crucial tanto para o desenvolvimento da personalidade, como para a potenciação desses aspectos distintivos e específicos, em um mundo de mecanismos desmembradores de sistemas abstratos. Em sua manifestação genérica, a confiança está diretamente referida à consecução de um certo sentido primário de seguridade ontológica.

Em seus aspectos mais específicos, a confiança é um meio de interação com os sistemas abstratos que vacinam a vida cotidiana de seu conteúdo tradicional e estabelecem influências globais.

Esses aspectos parecem explicar a forma como médicos e casais trabalham suas dúvidas e assumem os riscos de suas escolhas. A confiança nessa forma de tratar a “infertilidade” viabiliza também a constituição dos aspectos técnico-laboratoriais e a partilha de recursos humanos entre as clínicas. O elo de confiança, neste caso, dá-se sob o velcro do nome do médico ou do biólogo que lhe presta assessoria. Isso, por um lado, permite a montagem de um serviço de reprodução assistida que é localmente desejado. Por outro lado, abre novas frentes às clínicas consolidadas, ao mesmo tempo em que oferece um serviço próximo e menos dispendioso, do ponto de vista do acesso e da locomoção. Mas deixa sempre no ar uma pergunta, sobre quanto, de fato, ele trabalha com elementos controlados e confiáveis. Quanto mais o casal confia no médico, maior é seu sentimento de que seu problema será resolvido, ainda que nem sempre seja assim (GIDDENS, 1991).

Nesse contexto, falar em confiança é um compromisso que deve ser entendido, conforme definido por Giddens, como um fenômeno referencial interno: um conjunto de relações, tanto com a pessoa implicada, como com as demais. A exigência de intimidade é entendida como resultado dos mecanismos de confiança, forma parte da relação pura. Não se trata de uma reação negativa a um universo despersonalizado, mas da absorção de relações puras, mediadas por sistemas sociais. A vida pessoal e a vida social, os processos e a reapropriação se entrelaçam com expropriação e perdas. Faz parte do processo de reflexividade sobre si mesmo, mesmo se lhe falta, muitas vezes, a informação necessária à reflexividade. A reflexividade afeta o corpo, ele funciona cada vez mais dentro dos sistemas de referência da modernidade. Ele conecta desenvolvimento integral, desenvolvimento corporal, estilo de vida e materialidade dos corpos.

As tecnologias, nesse sentido, são parte de processos mais gerais da transmutação da natureza, em um âmbito de ação humana. Ao mesmo tempo, há um seqüestro da experiência, impossibilitando muitas vezes aos indivíduos tomar contato com o sucesso. Falar em confiança é falar de persistência, sendo necessário o engajamento dos sujeitos para chegar ao fim, ou seja, um filho em casa.

b) Afeto – o elemento afetivo na relação com as NTRc é fundamental para possibilitar a permanência do casal no tratamento. Ora é apresentado como compensador da consciência sobre a falha técnica, ora como “curativo” dos traumas anteriores ao processo da FIV/ICSI, visto que estes procedimentos são sempre o último recurso disponível para os casais, que se

submeteram a muitas outras formas anteriores de tratamento. O coito programado, a medição de temperatura, a estimulação ovariana, até mesmo a inseminação artificial já lhes acrescentaram muito cansaço e até mesmo desesperanças.

Menos invasivos, esses processos eram experimentados como “mais naturais”, embora não tenham dado resultado positivo, e o saldo em tempo investido é bastante desalentador. Agora a FIV traz ares de possibilidades, mas também perguntas sobre se não seria um procedimento excessivo, pois, para a ciência, a ICSI ainda está envolvida no mistério. A FIV/ICSI, além de ser o último recurso na saga de um casal em busca do filho, é o mais caro e o mais invasivo, somado ao fato de que é preciso contar com todos os aspectos ligados ao *stress* do caminho, a medicação, as expectativas que necessitam ser alimentadas, mesmo se conhecendo as falhas. Isso, segundo a fala abaixo, porque o afeto, o apoio e a sensibilidade são fundamentais, quando se trata de algo tão importante para o casal e ele precisa angariar energias para começar e para dar continuidade ao tratamento.

Quando se fala da reprodução da parte técnica de laboratório é técnica ao extremo. Mas isso envolve alguma coisa que para esse casal é tão fundamental que a gente tem que se dar conta e ter sensibilidade em relação a isso. Esse casal precisa da gente, ele precisa de apoio, ele precisa de afeto. Ele precisa que a gente transmita confiança. E eu acho que a gente tem que desempenhar bem este papel, por mais que se tenha psicólogo na equipe. Eu acho que eles precisam deste reforço, eu acho que o primeiro papel é assistencial, desde o diagnóstico até uma condução adequada do caso. Com esse tipo de acompanhamento do paciente, até de carregar no colo se for o caso, isso não é protecionismo. Eu não acho que seja protecionismo. Eu acho que o casal precisa disso. Normalmente são casais que vêm de 5, 10 ou 15 anos de frustração crônica. E então eles precisam deste apoio e deste estímulo. Mas de um estímulo apoiado, se bem que com os pés bem dentro da realidade. E conhecendo que é um procedimento ainda falho. Que a média de sucesso é até 40%. É um procedimento bem falho (entrevista 5, Dra. Rosita).

Acreditamos que a insistência no apoio afetivo e emocional se dê mais pela consciência do limite dessa tecnologia, a partir de suas taxas de insucesso. Tome-se em conta ainda a consciência sobre os “erros médicos”, o desenvolvimento experimental dos procedimentos, às vezes até mesmo o desconhecimento e a falta de acesso a um aparato técnico científico potencializador dos resultados. Esses limites impõem a necessidade de manter o casal sob controle para que o médico possa agir, controle que só se dá se circunstanciado pela experiência de confiança absoluta entre as partes.

c) A Técnica – é outro elemento fundamental, porque a reprodução assistida, entendida aqui a partir da IA, FIV e ICSI, demanda da parte médico outra entrada na vida do casal, fazer de um filho a três ou a quatro. O médico irá decidir quanto medicamento, em geral, a mulher (embora em nossa amostra haja relatos de uso de medicação por parte dos

homens) irá tomar até o dia da ovulação (do amadurecimento folicular), o que lhe permitirá coletar o material genético para fazer o embrião. Quando se trata de inseminação artificial, nós já sabemos que o que é manipulado é somente o espermatozóide, que, uma vez coletado por meio de um “ato masturbatório”, é entregue ao biólogo para ser preparado com fins de inseminação, que, de todo modo, ainda se dá no útero feminino. No caso da FIV, a manipulação médica atinge graus de maior sofisticação. Ambos os materiais genéticos são coletados: óvulos e espermatozoides. Ambos, uma vez preparados e colocados *in vitro*, deverão oferecer sinais de probabilidades embrionárias, amadurecendo sucessivamente o processo de junção, divisão e crescimento celular. Nesse caso, conserva-se a autonomia de “escolha” que irá se desenvolver do contato entre óvulo e espermatozóide no interior do próprio processo. Dito de outro modo, são eles que se escolhem. É o contato entre essas células e essa química a partir do seu próprio potencial reprodutivo que irá determinar as possibilidades da “confecção de um embrião”. É claro que, mesmo nesse caso, poderão interferir fatores associados ao ambiente, aos produtos químicos utilizados no tratamento do material², à mão do manipulador, à qualidade dos folículos, bem como à qualidade dos espermatozoides.

Considerando-se a ICSI, o caráter “manipulador” do médico ou do biólogo atinge domínios determinados, quase que unicamente, por critérios de escolha racional, na medida em que os óvulos e os espermatozoides são manipulados e separados um a um, para serem fecundados, igualmente, um a um (LABORIE, 2000).

Além do aspecto puramente técnico, o médico interfere na intimidade do casal. Ele está presente como regra, palavra e orientação, ele necessita confiar que a mulher fará o caminho dos procedimentos propostos para que ele possa agir. Ele é um condutor da relação e, na FIV/ICSI, ele assume “fazer” o filho.

Para a ciência, ele materializa o *concepto*, a partir do material que lhe é fornecido pelo casal. Na medida em que ele assume a indução da ovulação, assume o controle do ciclo reprodutivo da mulher. O médico mede e observa através de ecografias e controles hormonais, o resultado de sua ação. Ele interfere com hormônios e tecnologia para produzir folículos ovulatórios. Se são produzidos óvulos, uma vez colhidos, parte do seu

2 Segundo parecer do CFM, relatado por Pedro Pablo Magalhães Chacel, em Brasília, ano de 2000, correspondente ao processo n. 169/00 – CFM (03/01), o presidente da Comissão Nacional de avaliação dos Centros de Reprodução Assistida propunha os seguintes itens a serem tomados em conta quando da avaliação das clínicas (28) que participavam da *Rede Latinoamericana de Reproducción Asistida*: registro pormenorizado de gestações, existência e registro de consentimento informado, avaliação dos profissionais, clínicos e de laboratórios, protocolos de limpeza e assepsia; controle de contaminação ambiental; equipamentos, controle de qualidade dos equipamentos, dos meios de cultura, do espaço físico para o trabalho e da capacitação contínua dos profissionais de laboratório; tamanho do centro; eficácia do centro e avaliação geral da veracidade das informações reportadas.

esforço é recompensado. Nesse momento, ele ou outro técnico sob o seu olhar assume o processo: criam-se as condições de desenvolvimento dos embriões em placas de vidro, no caso da FIV, e espera-se para ver o resultado da mistura desse material, ou se escolhe, dentre os espermatozoides e óvulos, quais serão adequados para fazer os embriões, no caso da ICSI. Em ambos os processos, ele atende suas expectativas de sucesso e as do casal e exige de si mesmo preparo para viver as frustrações.

Dentro da área obstétrica, área gineco-obstétrica é aquela área que a gente lida com embriões, com produto da concepção, tentativa de produzir um **conceito**, é a área que o médico mais age, porque ele tem que [...], ele é a parte neutra da história de uma coisa que é extremamente [...], de um processo [...], ele é a parte neutra. Então, assim como existe um pólo negativo, positivo nas relações, tem que existir a parte neutra, e eu acho que é por aí que entra o médico, além do que, com toda a bagagem, toda a experiência dos procedimentos, e a experiência de vida das frustrações, saber lidar com frustrações pra tentar equilibrar o casal, pra manter o risco com expectativa suficiente pra acreditar que possa dar certo, mas não impondo expectativa que possa tirar os pés do chão. Porque caso não dê certo, e a maior parte das vezes não dá certo, estatisticamente, mundialmente falando, a queda pode ser muito grande, então, a gente [...], a queda naquela expectativa, então, a gente procura manter naquele ponto que seja o ponto ideal (entrevista 4, Dr. Antony).

Do ponto de vista dos aspectos técnicos, o médico induz o ciclo, faz o acompanhamento clínico através de ecografias, das punções, da coleta de óvulos. O desenvolvimento do laboratório lhe permite avaliar os resultados, e a persistência é o elemento-chave para a gravidez. O médico parte do pressuposto de que haverá gravidez, a depender da persistência da mulher. O valor econômico, material e emocional das muitas vezes que ela irá fazer o procedimento não conta, uma vez tomada a decisão de fazer. O insucesso, nesse caso, só acontece quando há desistência. **Sendo assim, essa tecnologia é vista pela medicina como perfeitamente eficaz ao longo do tempo.** Na concepção desses médicos, esquece-se que a maioria dos insucessos se dá devido ao limite técnico, envolvendo múltiplos fatores, contando sobremaneira, segundo Pereira (2002)³, a comunicação entre endométrio e embrião, que apresenta um paradigma hesitante em medicina reprodutiva. Esse processo consiste na fixação do blastócito num endométrio receptivo e no estabelecimento de um diálogo entre esses dois organismos imunológica e geneticamente diferentes, que são marcados não apenas por critérios histológicos, mas por marcadores bioquímicos (integrinas) e morfológicos (pinopódios) da receptividade endometrial, característica até bem pouco tempo desconhecida. Para Pereira (2002), um equívoco freqüente encontrado na literatura é o dogma de que a implantação resulta da qualidade embrionária, fala comum entre os nossos

³ Site <http://www.profert.com.br/> in: DR. Dirceu Henrique Pereira. Como aumentar o índice de implantação embrionária, texto capturado em 31/3/2002.

entrevistados. Embora isso seja verdadeiro, deve-se considerar que a receptividade endometrial é igualmente importante. Portanto, as técnicas que visam melhorar as taxas de implantação devem vislumbrar esse binômio.

Pereira (2002), nos diz que a receptividade endometrial se deteriora durante a estimulação controlada dos ovários para FIV (Isso não constitui surpresa, pois o intuito é promover o recrutamento de mais óvulos e, em consequência, eleva-se o estradiol a níveis supra-fisiológicos. Os níveis estrogênicos elevados são interceptivos, e a relação estradiol/progesterona alterada está também relacionada com o declínio da receptividade endometrial). Por causa dessas evidências, segundo ele, deve-se optar por estimulação ovariana leve, recrutando um número menor de folículos e, conseqüentemente, sem elevar em demasia os níveis de estradiol.

d) Qualidade do material – o que observamos a partir dos entrevistados, ao contrário do desejo de um menor número de folículos, é a preocupação com o número elevado, além das expressões como de boa e má qualidade que são utilizadas freqüentemente, tanto para falar dos gametas, como para falar sobre os embriões, que, a nosso ver, também são indicadores de outras formas de classificação, somadas ao número maior de folículos que é desejado em todos os relatos. Na fala abaixo o impasse se colocou quanto à coleta dos óvulos.

Cheguei lá, olhei pro cara pra morrer, ele disse que nunca tinha acontecido aquilo com ninguém, o que acontecia? Ele ia tirar o meu óvulo e o meu ovário subia, ...aí ele conseguiu tirar um, daí ele disse assim “eu não quero nem te enganar, eu acho que é o pequeno lá, que não estava nem maduro, que eu tinha seis, mas eram dois pequenos e quatro bons”. Os quatro bons ele não tirou nenhum e ainda estourou, sei que foi [...], eu fiquei bem chateada. Aí ele disse que eu tinha que dar um tempo, daí eu dei um tempo...achou que não era legal, aí deixei, aí eu fui em maio desse ano (entrevista 23, Tereza casada com Kauli).

Outras vezes as dificuldades são apresentadas quanto aos embriões:

É que na realidade a gente trabalha sempre com uma chance hipotética. Eu só posso dar uma porcentagem mais fidedigna após ter feito o procedimento e acompanhado a evolução dos embriões na estufa. Veja bem, eu tenho uma paciente jovem que eu acredito que irá responder bem. Mesmo assim eu faço a punção. Eu posso ter sucesso e posso ter insucesso. Mas ao acompanhar a evolução, eu vejo que há um embrião de má qualidade. Ou seja, dividiu precocemente. Os blastômeros não têm o mesmo tamanho. Têm muitos fragmentos. Então isto me traduz o quê? Isto me traduz provavelmente um insucesso. Mas eu não devo desistir, porque na próxima tentativa ela pode liberar ovócito de melhor qualidade (entrevista 2, Dr. Prado).

Além disso, há referência ao trabalho sobre uma chance hipotética como parte do próprio processo. Portanto, dizer que essa tecnologia é baseada no método das ciências

naturais e dizer que ela é experimental não é uma postura ideológica negativa. É uma constatação. De fato, trata-se de uma tecnologia que trabalha sobre uma chance hipotética. Como não há padrões gerais *a priori*, os quais possam expressar a garantia de sucesso nas diferentes fases do procedimento, e como em cada caso (mulher) podem acontecer respostas diferentes, desde aquelas de ausência de ovulação, baixa ovulação, um resultado de hiperestimulação levando a problemas de saúde graves, até aquelas em que a qualidade macroscópica dos embriões pode se apresentar deficiente⁴, há que se manter a expectativa em alta sobre a chance hipotética, o que necessita impreterivelmente do engajamento das mulheres.

Não há como saber sobre o sucesso, sem correr o risco no interior do “fazer” o processo. Embora já se saiba, por exemplo, a partir de estudos desenvolvidos, um pouco por toda parte no mundo, que o uso de hormônios recombinantes (FSH recombinantes) propicia um maior número de embriões do que o FSH urinário. Isso permite também a transferência de um número menor de embriões (dois embriões), que é a tendência em toda a Europa. Pode-se criopreservar os outros, embora isso exija um excelente programa de criopreservação, pois, ao contrário, tal benefício não será obtido. A questão que se coloca é: quem decide? Quanto alguém pode se arriscar? Enquanto a mídia, por exemplo, parece tornar tudo fácil, a mulher que se engaja nesse processo nem sempre tem a compreensão da totalidade de suas fases e o seu companheiro espera unicamente pelo resultado final. O médico trabalha com insegurança, embora persiga o sucesso. Como ele não domina todas as variáveis, ele “joga” com as possibilidades técnicas e joga com o desconhecimento genético.

Por que a gente vai muito pela morfologia do embrião, só que hoje já está saindo pesquisas, trabalhos, não é só a forma de embrião, o número de célula, mas a parte interna, a bioquímica dessa célula que a gente não consegue detectar como que está, se está perfeito, se não está. Então, isso é uma ...

Marlene - É uma incógnita?

É uma incógnita, não. A gente sabe que existe, mas como que a gente vai trabalhar isso dentro de um laboratório, dentro daquele embrião. Então, toda a bioquímica, o

⁴ Segundo estudos da área médica, as transferências de embriões vêm merecendo maior atenção. Por exemplo, a introdução de meios de cultura sem glicose e sem fosfato como substituto de soro tem aumentado a chance de sucesso de 10% a 15%. A retomada do estudo dos diferentes cateteres e o uso auxiliar de ultra-sonografia também contam como importantes, além da escolha do terceiro dia para transferência, que permite uma boa seleção dos embriões a serem transferidos a fresco e, para os congelados, uma sobrevivência com taxas de 15% a 20% de gravidez, que pode ser elevada com *Assisted hatching* e retirada de blastômeros fragmentados. Dr. Renzo Antonini Filho. In : Comentários sobre o 53^o Congresso da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva. Disponível em: <http://www.profert.com.br/>. Acesso: 31 mar.2002.

funcionamento dessa célula, desse embrião, e outra, a gente coloca esse embrião dentro do útero, mas dali pra frente a gente não tem como avaliar, a gente colocou ali (entrevista 15, Dra Marina, bióloga).

Esse desconhecimento faz com que as decisões sejam tomadas na confiança de que darão certo, contando com o acaso, o que é dirimido pela atenção às respostas dadas através das comparações com as experiências anteriores. Há situações em que tudo traduz uma possibilidade de sucesso e ocorre o contrário, ou vice-versa, é esperado o insucesso e ocorre o sucesso.

Mas todas as clínicas têm aqueles casos onde os embriões que parecem ser feios, acabam gerando bebês e bebês saudáveis. Porque a gente analisa o potencial macroscópico e não genético. Hoje o que se faz muitas vezes é levar para o estágio de blastócito, então eles começam a demonstrar o potencial genético de cada um. Quando se trabalha com blastócitos, se trabalha com uma média de 45%, 50% de implantação, daí tu já reduz, tu coloca no máximo três. A tendência, é lógico, quando tu conseguires selecionar tipo assim, este é o embrião, contém realmente um potencial maior de [...] vai ser reduzido o número (entrevista 2, Dr. Prado).

Mesmo considerando que essa técnica é hipotética e experimental, as representações a positavam, na medida em que as possibilidades por elas apresentadas são superiores às que são dadas pela natureza, pois passam de 15% para 35% do ciclo em relação às taxas de sucesso. No caso da ICSI, isso é um acréscimo significativo nas possibilidades de um casal vir a ter um filho, mas, por outro lado, um fator estimulador e gerador de demanda. O fato de saber que existe tal tecnologia estimula e alimenta o desejo de ter um filho. O esclarecimento e o consentimento informado respaldam uma escolha de risco, se tomadas em conta as estatísticas de sucesso.

e) Pressão social e familiar – as NTRc interferem solucionando os problemas do casal e o médico se coloca na função de normalizador. Essa decisão médica de cumprir com sua função normalizadora não é, no entanto, arbitrária, à vontade do casal. Os médicos buscam a gravidez que se configura fora do acaso, ao mesmo tempo em que permitem aos casais tomar uma decisão sobre quanto se envolver ou não. Eles crêem que essas tecnologias se constituem num quadro de escolhas, e que os indivíduos que as procuram são mais conscientes, diferentes daqueles que se tornam pai e mãe sem o saber.

Manter uma relação e sair grávida no natural, ou uma coisa forçada, ou uma pressão familiar, isso tudo eu acredito que fica abolido em função de que as pessoas só vão buscar na fertilização se existe algum problema na tentativa de engravidar, e só vão buscar isso se realmente querem engravidar. Não é uma questão de estar sendo forçado, ou vir por acaso, ou é indesejado, ou é a família que... Isso desaparece, por que daí eles estão espontaneamente o casal vindo buscar, então muda o contexto todo, então eu acho que um novo segmento, pai e mãe, é diferente do outro quadro,

por que está havendo a necessidade, eles estão indo em busca e se elimina todas as outras “pressões” que possam interferir (entrevista 12, Dr. Josué).

Além do mais, essas tecnologias vêm para resolver os problemas de desgaste e pressão social sobre o casal, causados pelos longos anos sem filhos e pelos inúmeros tratamentos infrutíferos, além de permitir que ele, resgatando seu lugar socioparental, supere o caráter depressivo que o acompanha.

A gente percebe quando aprofunda um pouco mais que esses casais, na sua maioria, têm um relacionamento já muito tenso. Eu sempre começo com minha entrevista perguntando como é que eles se sentem sabendo ou... sei lá, que eles já poderiam ter uma criança correndo dentro de casa, como é que eles vêem isso. Se eles têm claro porque eles não engravidaram ainda. E como é que eles se sentem nesse período. E aí as coisas vêm. Por outro lado, eles estão muito unidos nesta busca, mesmo quando acaba desgastando o relacionamento. Por outro lado, são casais que sempre exibem em relação a isso um perfil um pouco depressivo. Porque eles acabam se sentindo deslocados, socialmente falando. Porque a maioria dos amigos já tem filhos. Então não é incomum você ouvir assim, a gente já nem sabe mais onde vai jantar. Porque normalmente a conversa gira em torno de filhos e a gente fica por fora. A gente fica de fora, os que não têm filhos ainda, a gente não tem experiência para trocar. E outra coisa que a gente vê muito é pressão familiar e social, que pode até nem ser colocada como pressão. Mas aí vem aquela história, quando é que vocês vão ter filhos. Ou então a família cobra mais. Imagina os que já estão esperando há cinco anos, quanto tempo ainda eles irão esperar (entrevista 5, Dra Rosita).

As expectativas familiares também pesam sobre o casal.

Existe uma torcida muito grande, uma expectativa muito grande, da família. Minha mãe tem cinquenta promessas, a (nome) tem mais duzentas, eu disse pra ela ‘faz as promessas e me deixa fora’ porque, geralmente [...], eu, quando faço promessa, é pra eu cumprir, eles estão fazendo o que vão ter que cumprir, então eu disse ‘me deixa fora’, mas tem muita promessa aí, meu Deus, só de placa de graça alcançada a hora que vier esse filho, eu vou ter que mandar fazer umas quarenta mais ou menos, um caminhão de granito (entrevista 24, Kauli, marido da Tereza).

Em algumas situações, há necessidade de driblar a pressão dos amigos ou colegas de trabalho com respostas que, em outras, seriam classificadas como grosseiras, o que demanda um investimento significativo de energia e de adequação às diferentes situações sociais.

Eu ouvi de várias pessoas comentários desagradáveis, um dos piores que ouvi, já quando eu fiz a videolaparoscopia, uma pessoa que não tem nada a ver comigo, que trabalha no Colégio, que estava grávida, eu cheguei perto dela e perguntei, por que eu sempre amei barriga, eu acho divino, “como é que tu estás?” Ela era da limpeza, estava carregando aqueles baldes, aquela coisa, ‘cuida um pouquinho, deixa que a outra carrega.’ Ela disse, “eu não vou falar de gravidez contigo, por que eu sei que tu não pode ter filhos”. Eu disse pra ela, “tu estás me dando um diagnóstico que médico nenhum até hoje me deu, muito pelo contrário. Até que me provem o contrário, eu posso, sim, ter filhos”. Então, a sociedade é muito cruel, as pessoas são.

Poucas são as pessoas que chegam perto de ti e te incentivam, ou te dizem alguma coisa que pelo menos não te magoe (entrevista 37/38, Sonia, casada com Mario).

No relato masculino, as perguntas sobre a sua infertilidade ou as piadas acontecem em momentos de lazer, em bares ou festas; já as perguntas dirigidas às mulheres acontecem prioritariamente em situações familiares cotidianas, nos locais de trabalho ou quando elas estão junto com o marido. Elas dizem que as pessoas parecem querer checar o companheiro delas e obrigar a mulher a assumir. Não foram relatadas piadas.

Normalmente, quando é que te cobram sobre os filhos, não é quando tu passas no mercado. Apesar que tem muita gente... sexta-feira agora teve uma amiga, que não é tão minha amiga assim, e que me perguntou quando é que vou ter filhos. Ela me disse sim e quando é que tu vais te decidir a ter filhos? Normalmente é quando tu estás junto com teu marido que te fazem a pergunta. Ele está ali escutando, é o momento. Então é ele quem se sente na obrigação. Como se dissessem para ele: olha vê se tu te ligas. Quando fazem a pergunta fazem sempre para ti, mas ele está ali do lado escutando. É como se a pergunta fosse dirigida para ele. Tem o lado social do homem, se ele não for um reprodutor, ele não é considerado macho. A sociedade não é assim... a sociedade hoje está mais polida e ela não quer mais dizer que pensa desta maneira, mas ainda está lá dentro dela (entrevista 25, Simone, casada com Armory).

Compreendemos que isto se deve ao fato de que para a mulher há uma indissolúvel associação entre ser mulher e ter filhos, e ela os carrega para qualquer lugar. É a mistura do que a sociedade entende como a essência da vida feminina e do que corresponde à sua atividade. Ser mulher e ser mãe é a mesma coisa, o que permite que se fale da maternidade em qualquer lugar. Enquanto para o homem, o trabalho continua sendo marcado pelo público, que não se mistura com situações familiares tidas como privadas. Pelo menos, perguntas de cunho pessoal não foram relatadas por eles em situações de trabalho.

O silêncio familiar ou de colegas de trabalho é também sentido como forma de pressão no relato da mulher.

Só que eles cobravam antes da gente fazer o tratamento, quando a gente estava fazendo eles tinham medo de perguntar. As pessoas tinham medo. Eles deixavam a gente falar, eles não cobravam mais quando eles sabiam que a gente estava fazendo tratamento. As pessoas tinham medo de perguntar, porque podia não dar certo. Ninguém perguntava. Mas esse silêncio... Quando eu via que ninguém perguntava, daí eu falava em que ponto que estava, porque todo mundo ficava torcendo. As pessoas chegavam perto de mim diziam e daí e como é que vai, mas paravam aí não perguntavam mais nada. Aí eu falava que estava acontecendo e explicava para os meus sobrinhos quando me perguntavam (entrevista 31/32, Salete, casada com Luiz).

f) Sexualidade – deste ponto de vista, essa tecnologia pode diluir o desgaste com o “sexo cronometrado”, se tomados em conta os tratamentos anteriores, ligados à reprodução.

É absolutamente comum você ouvir que a relação sexual passa a ser meio de procriação. O sexo e o prazer na maioria deles já descolou completamente. Eles focam a relação no período fértil, ponto final. Então o companheirismo, a cumplicidade, a amizade, o dia-a-dia, às vezes está meio conflituado (entrevista 5, Dra. Rosita).

Fala-se claramente aqui de um sexo que não apenas funciona como uma norma, mas é parte de uma prática regulatória e que se manifesta como poder de produzir e fazer corpos (FOUCAULT, 1995,1993,1990).

São duas coisas diferentes, eu falo que existe o sexo reprodutivo e o sexo do prazer. E eu acho que isso começa às vezes a interferir na vida do casal. Eu acho mais um avanço ainda e mais um ponto positivo da reprodução assistida, é justamente nesse ponto, porque a partir do momento que o casal, ele tenta, tenta, então ele vem “hoje eu estou num dia fértil, então tem que ser hoje”, vai hoje, é uma coisa programada, estipulada, tem horário. Então, eu acho que aí sim deixa ser o sexo por prazer e entra o sexo reprodutivo e aí passa ser mais do que uma obrigação, do que o prazer. E quando a coisa acontece naturalmente, quando o casal não tem problemas, a coisa flui, então esquece-se do sexo reprodutivo, daquela obrigação tem que ser hoje, é o sexo da vontade, é o sexo do prazer, é o conhecido como erótico. Agora, a partir do momento que o casal está tentando, tentando, tentando e começa a não existir um resultado, esse resultado começa a ficar longe, então começa a existir aí o sexo reprodutivo e aí começa a interferir na vida do casal. Por que aí tem que fazer, tem que ser naquela hora, por que é o período dela, no dia dela e aí já vem o estresse e aí termina a relação “será que deu certo? Será que eu vou engravidar? Será que não sei o que.” Então, eu acho que quando o casal parte pela reprodução assistida ele foge um pouco dessa (...) (entrevista 15, Dra Marina).

Na fala dos casais, e particularmente na dos homens, a sexualidade é um dos aspectos que fica absurdamente cindido. Como um conjunto de experiências, ela se reduz, pelo menos durante a fase do tratamento para engravidar anterior à inseminação artificial, à fertilização *in vitro* e à injeção intracitoplasmática, ao sexo para fazer filho. Sexo para fazer filho adquire a cara do cronômetro. Essa fase do tratamento, a que chamamos de sexo cronometrado, é “brochante”, sempre relatada como uma péssima experiência.

Para os homens entrevistados, fazer inseminação ou FIV/ICSI é ruim, mas sexo para engravidar é “perder a tesão”. “Pensar em procriação deixa a cabeça zozna”. “É coisa forçada”. “Abate o psicológico”, “desgasta a relação”. De alguma forma, é associado ao colher material sob pressão.

O sexual atrapalha bastante. A relação é o seguinte, sabe, o que é que prejudica quando ela está fazendo tratamento para engravidar. O tratamento para inseminação é uma coisa, mas o tratamento para engravidar o que prejudica é que quando tu vais para a relação tu não vais definido para fazer amor tu vais para engravidar. Tu vais pensando em procriação. Isso aí acontecia na minha cabeça. Chegou uma época que eu ia e ela ia, os dois. Eu sabia que ela estava fértil. A gente falava, ela dizia estou fértil hoje. A gente tentava, mas era uma coisa muito forçada. Era uma dificuldade, o psicológico abate. Um dia que a (nome) me ligou dizendo (nome) tu tens que vir aqui, porque estávamos assim, a doutora disse: olha, vocês fiquem

uma semana sem ter relações. Aí ela ligou para mim e disse: tu tens que vir aqui porque estão precisando do teu esperma. Ela ligou da clínica para mim, eu estava com a minha roupa de serviço. Eu estava com minha roupa de trabalho, peguei o carro e fui para lá. Pô, não tinha jeito, meu Deus do céu. Eu já transpiro normalmente, eu transpirava o dobro. Tanto é que quando meu esperma saiu eu disse assim: “meu Deus, que pouquinho”. Eu disse (nome) saiu tão pouquinho. Eu deixei lá e fui embora para o trabalho, e a (nome) ficou lá para fazer a inseminação (entrevista 8, Geraldo, casado com Janete).

O fator que é relatado como mais estressante para o homem é o de que ele se concebe como aquele que precisa ter prazer para ejacular, mas essa *performance* fica comprometida pela falta de tesão, pelos apelos da esposa em horários considerados inoportunos, porque, segundo eles é muito ruim ter “uma obrigação de comparecer” para fazer sexo.

Nós tentamos fazer uma vez, mas como toda a relação tem que ter prazer, principalmente para o homem, para a mulher não, mas para o homem é obrigado a ter prazer [...] E a gente já teve que fazer o tipo ao meio-dia e é claro que não é a mesma coisa. Mas você tem prazer igual, no fim é bom igual. Não muda muita coisa. Sim, para o homem é prazeroso. É claro que não é igual às outras vezes. Mas sempre tu tens prazer, porque se tu ejaculas tu tens prazer. Depois que tu ejaculas tu tens prazer, não adianta. Eu não tive esse problema com horário programado, eu sempre tive prazer. É difícil fazer uma relação só com aquele intuito, porque não dá, tu vais ter prazer de todo modo. Só para o prazer não é igual como tu fazes de outras vezes, agora tu tens que fazer programado. Mas isso para mim não incomodou em nada. Tem coisas na vida bem mais difíceis do que ter que estar fazendo uma relação programada. Para mim não vejo problema nenhum, isto é até uma solução. Eu faria até 1000 vezes, e deixaria de fazer um monte de outras coisas (entrevista 28, José, casado com Séfora).

O sexo e o erotismo são submetidos ao imperativo da reprodução da espécie. Portanto, sem sexo e sem erotismo, a sexualidade se desvincula completamente da reprodução. A reprodução passa a ser uma construção físico-química a partir de um corpo produzido para fabricar células (óvulos) que, em união com outras (espermatozoides), resultarão na materialização de um embrião que será transferido e desenvolvido pelo corpo da mãe. O corpo da mãe é performado seguindo normas regulatórias da atividade sexual, mas também pela medicação como efeitos materiais da norma cultural tecnológica, que governa a materialização dos corpos (BUTLER, 1999). Desse modo, no caso das mulheres, as dificuldades com a busca do sexo e do prazer persistem também no tratamento com a ICSI e FIV.

No começo eu tomei cloromide ou serofene, que contêm a mesma química. Então às vezes dava um estímulo e estimulava os ovários que eu não conseguia nem caminhar de tanta dor. Daí naquele dia eu tinha que ficar deitada e era fraquinho... E para fazer a inseminação injetável é o dobro, o triplo da medicação. É muito, eu tomei 30 injeções na barriga, todo o dia, todo dia, no braço e no bumbum, eu não sei se foi 10 ou 15 no meu braço. Deu vários caroços e hematomas, eu tinha que fazer compressas de água quente. Colocar as bolsas e foi inchando, o corpo foi inchando, a pele mudou, o cabelo, a unha. Transforma a

gente, vira outra pessoa. Aí o que acontece? A gente vê o corpo da gente se transformando, estômago, porque é muita medicação, então a mente.... A gente o que os olhos vêem, né, e a gente ficava assim... (entrevista 5, Jadi, casada com Beto).

Já os homens, ao tomar uma decisão por FIV/ICSI, começam a relaxar da necessidade de manter relações sexuais, exigidas anteriormente e, de certo modo, essa decisão alivia as tensões. Em algumas situações, os entrevistados evitam o sexo porque, durante essa fase, o relacionamento se encontra conflitado devido ao desgaste com o tratamento hormonal, exigido pelo processo de tratamento.

Eu evitei relações sexuais para não correr riscos. Não era um tratamento só. Era também uma escolha de sexo. Daí nós evitamos relações. No tempo em que ela fez uso de hormônios como era essa experiência? Foi horrível. Ela já é braba, mas ela ficou mais braba, foi muito difícil. Eu digo que ela fica mal-humorada 15 dias antes da menstruação e 15 dias depois. Por problemas de humor. E por problemas, era tudo junto. Um dia antes de ir para São Paulo.... nós íamos para São Paulo e lá brigávamos o tempo todo. Ela ficava em São Paulo sozinha, aí o médico precisava colher o material. Aí me chamavam, eu ia. Aí nós brigávamos (entrevista 12, Andrei, casado com Mônica).

Em algumas falas, os casais parecem desejar fazer todo o bebê fora do corpo. Neste caso, parece haver mesmo um endeusamento do poder da ciência, avaliando a lentidão da natureza e a capacidade tecnológica de interferir de modo eficaz. Eles desejariam ter ganho tempo. Consideram que perderam tempo, energia, dinheiro, enquanto não tiveram acesso às NTRc. Ao mesmo tempo os médicos consideram que essas tecnologias também substituem etapas que teriam que ser vividas uma a uma na gestação “natural”, pois neste caso a mulher recebe o embrião pronto.

Claro que de imediato se trata de maximizar as chances de sucesso. Mas a longo prazo têm-se a possibilidade da autonomização das fases, em etapas e meios respectivos, mesmo se desconsideradas as trocas interativas do conjunto.

[...] mas a fertilização, a partir do momento que tu consegues em laboratório formar o embrião. Tu consegues fazer com que o embrião seja transferido pra dentro do útero, já sob forma de embrião. Isso te economiza muitos passos dentro do organismo. Na fecundação natural, que é a entrada do espermatozóide, a fecundação na trompa, ocorrer a fecundação, transferir pro útero, toda essa etapa é economizada com a fertilização. Por isso te dá uma chance maior de sucesso, agora temos 60% de chance de não realizar, temos um longo caminho pela frente (entrevista 12, Dr. Josué).

Para os médicos essas tecnologias se apresentam como fatores altamente estimuladores, há uma sensação de estar no campo do moderno, junto com a possibilidade do

estabelecimento de novas rotinas que permitam conhecer e acompanhar os desenvolvimentos tecnológicos.

É muito legal, é muito interessante, e a bioética que está se estabelecendo em cima disso também é fascinante e interessante. Você hoje não tem algo tão rígido como se tinha antigamente em relação a algumas condutas. É algo bastante moderno para os médicos, muitas rotinas estão se estabelecendo agora. Em relação a quantos embriões eu vou transferir, se podemos pegar mais de três ou quatro embriões em cada ciclo. Em que tipo de paciente a gente deveria transferir menos embriões. A gente acompanha no ultra-som os resultados dessas gravidezes, isso tudo eu acho muito legal (entrevista 10, Dr. José).

2. Os homens: “Bebê de Proveta, natural ou artificial”?

Quando se trata da fala dos homens sobre NTRc, tal focalização positiva se dá sobre a possibilidade de participação, construída durante o desenvolvimento do processo de reprodução assistida, mesmo se um dos primeiros aspectos presentes em suas falas é o do relato de como ignoravam essas tecnologias no início do tratamento e de como as associavam à artificialidade, além da pergunta sobre a legitimidade de se fazer um filho em laboratório. Esse aspecto perde relevância à medida que tomam contato com o saber do médico. Desse modo, é comum encontrarmos nas representações dos homens uma curiosidade em saber o que era esse tratamento, ou melhor, em saber como se daria no seu caso. Representam frequentemente a idéia do estranho e suspeitam sobre o que consideram antinaturais, embora afirmem terem mudado de atitude ao longo do processo.

Quem fez o tratamento mudou totalmente de opinião, eu quando ouvi falar disso ali, no começo a gente não entendia bem, as primeiras quando se começou a falar nisso, eu achava a coisa mais errada do mundo, aonde que já se viu, criar um filho num laboratório e fica lá dois dias um óvulo, um esperma pra fecundar, não muda nada, está lá tão bem tratado, como se fosse um processo natural e depois eles voltam lá pra dentro do útero da... (entrevista 22, Nando, casado com Mônica).

Em geral quem conversa sobre estas possibilidades e se decide, em primeiro lugar por utilizar desta tecnologia é a mulher, embora tenham os casos em que eles dizem ter tomado a iniciativa de marcar a consulta. Na verdade, dentro do universo considerado, houve apenas um caso de um homem ter procurado a tecnologia, cujo resultado foi o nascimento de trigêmeos.

Quando eles desconhecem essas tecnologias, ou só ouviram falar em bebê de proveta, há certa resistência, por haver o entendimento de que estariam agindo “contra a

natureza”. Essas representações estão devidamente ancoradas, ou no biológico, ou numa visão religiosa sobre o mundo. Se elas se intensificam no momento da decisão pelo tratamento, será preciso fazer certo esforço para se envolver neste procedimento.

Só que para mim isto era muito difícil. Porque eu via na televisão um bebê de proveta e eu me apavorava. Por que eu sentia assim: isto não vai acontecer comigo. Não vai acontecer comigo. Tanto é que no dia em que a (nome) chegou para mim e disse nós vamos partir para outra forma. Vamos partir para bebê de proveta. Isto para mim soava como um desastre. O que me passou é que eu estava indo contra a natureza. Eu pensava que de repente não era isto o que nós devíamos fazer. Eu pensava que nós podíamos tentar de outra forma. Aquilo me deixava muito triste, pô. Partir para bebê de proveta era como se daí ele não quisesse vir ao mundo. A primeira resposta que eu dei para (nome) foi não, isso a gente não vai fazer. Depois eu fui pensando melhor. Então o que me levou a fazer foi somente o tempo. Foram cinco anos, com sete anos ela ficou grávida, então foi isso... (entrevista 8, Geraldo, casado com Janete).

Segundo eles, mesmo que a ciência tenha criado outras possibilidades, o biológico é a norma. Como sempre foi na história das culturas, como parte essencializada do corpo feminino, que agora sofre uma ruptura na representação, porque a decisão pelo uso da tecnologia soa criar a artificialidade, expressa toda a negatividade do que seria agir contra a natureza. O problema não parece ser a natureza, mas sim o artificial, este é que soa negativo. As tecnologias nestas representações, cindem a romantização do natural.

A fala acima nos reporta a um momento imponderável na vida deste homem. Por um lado, sua consciência e o seu conhecimento sobre a tecnologia. Por outro, suas crenças sobre o estranho e o artificial. Ele relata também tristeza por ter que decidir sobre ter um filho desse modo. Sentia como se o “filho não quisesse nascer”. Sua pergunta é a que paira sobre a maioria dos entrevistados: será possível fazer um bebê fora dos padrões convencionais e não pagar o preço dessa escolha? Para os que tomam em conta uma possível opção no presente, comprometendo o futuro, a decisão de fazer um filho desse modo não é apenas uma decisão do casal, ela envolve o ser que virá.

Ele não fala do corpo natural, mas das relações sociais. Fala sobre a possibilidade de uma paternidade adicional, nos termos de Delaisi De Parseval (2000), realizada, neste caso, entre ele, a esposa e o médico, sem a presença do doador. O que implica uma escolha que marcará também o futuro com a necessidade de novas explicações.

Natural e artificial, nessas falas, opõem dois mundos antagônicos que precisam fazer as pazes para “conceber um filho”. As falas dos homens revelam a necessidade de construir outro entendimento sobre o natural e o artificial. Desconstruir uma “verdade” natural sobre um corpo tido como naturalmente fértil presente em sua representação, é assumir que o corpo agora precisa de ajuda.

Compreender as NTRc como “ir contra a natureza” responsabiliza quem as pratica (aspecto ausente na fala dos médicos), em relação ao futuro de quem irá nascer. Essa é uma decisão de risco, tomada no contexto dessas representações que tendem a ser compreendidas como negativas: “bebê de proveta é um desastre”; “isto não vai acontecer comigo”; “o que passou é que eu estava indo contra a natureza”; “juntar em laboratório era apavorante”.

Além do cunho moral, essa decisão impõe uma fatalidade: não utilizar os recursos significa permanecer sem filhos ou adotar. Decisão tão ou mais dura do que legitimar a incógnita. Sem contar que, na maioria dos casos, o limite da idade materna se impõe, e a mulher insiste em fazer esse tipo de procedimento, recorrendo muitas vezes ao médico para esclarecer o marido: “depois tu te tranqüilizas e começa a pensar e a falar com a doutora”; “me disse vai a mesma coisa é tudo certinho, parece uma receita de bolo. Os ingredientes são os mesmos”.

Em muitos casos é só a partir da compreensão dos elementos existentes em suas representações sobre o mundo natural, que o homem se tranqüiliza. No diálogo com o médico se constrói uma nova realidade, ancorada nos aspectos por ele já conhecidos, mas marcada por uma linguagem capaz de desfazer o caráter da artificialidade (KELLER- FOX, 1999).

Noutros casos, mantém-se a convicção de que estão forçando a natureza.

Ele é naturalmente forçado, tanto é que mesmo que fosse físico o meu problema, porque eu tinha baixa produtividade de espermatozóide, mas o médico lá disse, “isso aí não é problema, é só dá uma boleta pra ti pra dopar o espermatozóide na hora de manter relação, e o que tu quer, um filho, dois, engravida, pronto, e até é bom”. Mas hoje eu considero que realmente é forçar a natureza, eu não faria talvez de novo, não me arrependo, estou satisfeito, mas não faria (entrevista 10, Ray, casado com Gilda⁵).

Trata-se de forçar a natureza para desencadear o processo que será equilibrado como natural durante a gravidez. Nossa hipótese é a de que, à medida que necessitam dessa insistência sobre o natural, os homens estejam com medo de negar a convenção sobre o fundamento natural da procriação no corpo da mulher, porque isso desestabiliza os pilares dos contínuos e das hierarquizações sociais construídas sobre a idéia de dominação da natureza, conforme Dhavernas (2002).

5 Este é o caso cujo tratamento foi praticamente pioneiro no Estado; ela ia de avião para São Paulo, praticamente quando o desenvolvimento destas tecnologias eram bem incipientes, também lá. Neste caso, em particular, essa concepção de forçar a natureza está associada à mudança de religião, antes ele era católico. Ele diz que agora percebe que o que não está escrito não deve ser forçado.

Natural, tu sabes como é. Seguindo a natureza não se vai colocar *in vitro*. Misturar embriões e óvulos. A natureza está sendo auxiliada. A gravidez é natureza. Em relação a engravidar ou não. Em relação ao esperma é uma coisa, se não dá ali tu põe noutro lugar. Aí, natural não é, porque a fama já diz, né cara, tu tá induzindo, né, a vida, então, já não é natural, natural para mim, por exemplo, a formação da vida vem natural, mas quando uma coisa que venha. Uma coisa que as pessoas querem e vem natural. Mas quando a gente quer muito e não consegue essa indução, todo esse processo não é natural, mas depois que está sendo gerado em ti ele se torna meio natural, então há um equilíbrio. Eu penso mais ou menos isso (entrevista 11, Andrei, casado com Mônica).

Se não há natureza a ser dominada, não há poder. Essa construção sobre a natureza mantém todas as formas de dominação (HÉRITIER, 1996).

Ainda é acordo entre os/as estudiosos/as de gênero que são os essencialismos que sustentam todas as formas de dominação (CITELI,2001;RODHEN,2000; LOWY,1995; STOLKE,1998; MATHIEU 2002; HEILBORN, 1998, dentre outras).

Como encarar que o corpo da mulher não seja sua função reprodutiva essencializada ? Este é um momento interessante para pensarmos as rupturas que as NTRc estão provocando no consenso de que o corpo feminino deve ser sempre reprodutivo. No momento em que esta sua capacidade reprodutiva não se explicita normalmente, está dada a possibilidade de pensarmos a existência de outros corpos.

Talvez valesse a pena tomar em conta a sugestão feita por Dhavernas (2002), para pensar se o grande medo não é o das rupturas das continuidades representadas pela maternidade sendo que, (ao mesmo tempo), sua manutenção significa subordinação. Não estaria na hora de construirmos outra concepção sobre o que é o modo natural e assumir sua modificação parcial, em proveito da técnica, que, neste caso, poderia estar provocando uma mudança no modo “natural de reprodução”? Isto não criaria um atentado ao núcleo constitutivo do humano, já que este núcleo não está dado à concepção, mas se faz no processo. É preciso considerar, segundo a autora, a capacidade de autocriação, de automodificação, para não cair sempre na maternidade fixa em um corpo, essencializada e biológica. A concepção não é já o momento de um processo de humanização (embrião não é pessoa). Ele não representa nada a priori, a concepção não está possibilitando apenas pensar as derivações ideológicas e políticas, mas igualmente as compreensões sobre natureza e cultura. O bebê que nasce de uma concepção *in vitro* não pode mais ser olhado como “espelho” da natureza “puramente”, ele é igualmente o espelho de uma capacidade tecnológica. Logo, representa dois mundos, o da cultura e o da natureza, que operam em fusão procriativa (STRATHERN, 1992).

Na verdade, para alguns homens, essa compreensão começa a ser delineada, de que a natureza e a cultura são faces de uma mesma realidade, de que ambos estão numa relação dinâmica, a tecnologia faz a natureza e vice-versa, embora o predomínio em suas representações seja usar a tecnologia para fazer o natural.

Eu acho que não dá para separar natural de artificial, eu acho que para se poder usar a tecnologia para fazer as duas coisas para fazer uma coisa natural. Eu acho o seguinte, e se não houvesse uma parte natural não aconteceria fertilização *in vitro*. É sobre a base biológica da natureza que se trabalha. É a mesma coisa você fazer uma operação com 100 glóbulos brancos você vai morrer. A natureza tem que agir, você tem que ter anticorpos, tem que ter uma defesa, a cirurgia é artificial, mas se você não tiver a ação da natureza não é possível. O papel do médico é de manipulador de ferramentas. Eu nunca fiquei preocupado com isto, o que o médico colocava ali era meu, é muito piegas é ter ciúme, é demais, pensando no médico. Eu não sei se é porque a gente entrou tão a fundo nisto que eu não consigo imaginar uma reação tão irracional. O que eu acho é que, a partir do princípio que você estabelece os objetivos e já conhece as estratégias para alcançar estes objetivos, ou você entra na brincadeira ou não entra. Se você disse vou brincar, então deve ir, então eu vou, quando eu me decidi, decidi. Neste momento eu não tinha mais dúvidas, eu fui fazer (entrevista 4, Gilson, casado com Mirna).

A associação simbólica do processo de inseminação artificial com uma operação também aparece como um depoimento no qual o progresso tecnológico, na maioria dos casos, é assumido como dado, e é irreversível. As mudanças rápidas são positivas e a evolução da medicina e da tecnologia, de modo geral, são bem-vindas.

Eu acho que isso aí deveria ser falado mais com naturalidade sobre isso aí. Até o nome inseminação artificial deveria ser trocado. Inseminação artificial... eu não vejo isso como uma coisa artificial, eu vejo isso como algo tão natural igual. A não ser que fizesse em incubadora. Eu vejo que tem que fazer um trabalho mais naturalizador com as pessoas que querem ter filhos, eu vejo isso aí como uma cirurgia. É isso aí, a medicina evoluiu, e faz parte tudo isso aí. Eu não vejo por que a medicina não teria que ajudar nesta parte, afinal ela ajuda em todas as partes e tudo está certo, porque não nesta? Por que esse não pode? Por isso que eu digo que o nome inseminação artificial deveria mudar. Deveria fazer outra coisa, um tratamento, eu prefiro outro nome. Isso não é artificial, é artificial quando tu botas outro órgão no lugar. Se tu colocasses outro órgão ali dentro do ser humano, ou colocar um útero artificial. Porque não é nada artificial, o teu sêmen não é artificial o óvulo não é artificial, útero da mulher não é artificial (entrevista 28, José, casado com Séfora).

Mesmo se, como no caso acima, essas tecnologias sejam positivadas dentro de uma compreensão de que não estão no mundo artificial, mas que, colocadas em contato com a natureza, permitem-lhes recuperar seus potenciais, ainda assim, há situações em que elas se apresentam gerando medos. Esses medos são provocados pelo desconhecimento, particularmente, se considerada a liberdade com que a ciência investe sobre a vida humana. Nesse sentido, estas também são uma escolha de risco, tal qual tratada por Douglas;

Wildavsky (1983); Guivant (1998); Giddens (1991); Beck (1996), citados em nosso primeiro capítulo.

Olha, eu me lembro que ouvi a entrevista com aquela menina de Curitiba, que é o primeiro bebê de proveta do Brasil, e ela me passou uma segurança muito grande pelas idéias dos oito a nove anos. Já sabia que ela havia sido feita por um procedimento deste tipo artificial. Ela não sei, mais acho que quando meu filho tiver 10 anos, sei lá, acho que é mais ou menos a idade de uma criança começar a receber este tipo de informação, e estão negócio bem complexo. Mas acho que isso aí vai estar meio superado. Acho que isto aí será coisa do passado até. A parte genética, com todas estas coisas de clonagem, me dá um certo receio de pensar sobre isto. Se você conhece você tem menos medo, porque o risco existe, mas se você o conhece você o domina. Eu acho que a gente tem medo desse tipo de coisa porque a gente desconhece o que pode ser no ano que vem, por exemplo. Elas fabricam um cara aí. Aliás, eles têm tecnologia para isso. Isso aí nós não sabemos, isto causa medo. É justamente o desconhecimento que causa medo na gente, porque nós não sabemos o que pode acontecer amanhã. Pra chegar a um bebê de proveta na clínica do nosso amigo de Curitiba. Eu sinto sinceramente eu me preocupo bastante com este lado assim. O tratamento, sabe, está no contexto em três pontos, porque ciência é uma coisa gigantesca. Então me dá muito receio; pelo principal fato de não conhecer a gente tem, a gente tenta altíssimas informações, são informações privilegiadas, quem tiver vai ter o poder. Porque hoje é assim. Hoje quem manda no mundo é quem tem informação, há quem diga que as guerras do amanhã serão por água, hoje elas são por informação (entrevista 4, Gilson, casado com Mirna).

A tecnologia cria situações inéditas e até hilariantes, se não se tratasse de algo tão sério. Através dela, pode-se separar as diferentes etapas do processo no espaço e no tempo, conforme já apontado por vários autores (LENOIR, 2001; TESTARD, 1987; LABORIE, 1992). Aspecto igualmente realçado na fala dos médicos, mas que, neste caso, é positivado como uma experiência única, que também o faz sentir-se único em sua busca, embora fale do processo intrínseco da técnica: sua divisão em etapas separadas, apontada por vários textos da crítica feminista e das preocupações bioéticas.

Ela engravidou, eu estando a 10 mil km, o que realmente é difícil de acontecer. Geralmente é difícil fazer um filho com a mulher estando a 10 mil km do marido, risadas..... isso é um caso bem diferente. Ele é um menino. Eu queria ter mais filhos. Fazer outro. Como assim, fazer outro? Pra mim eu queria ter mais filhos do que um só, eu tenho três que são dela, tenho mais um agora. Mas a gente tem vontade de ter mais um. Além dos quatro. Mais um meu...

Trata-se do depoimento do marido do casal que morava na França no momento da entrevista e que havia trocado de clínica após sucessivas tentativas. Embora sendo ele o único que relata a separação geográfica, nós o mantivemos como um caso exemplar do que é possível ser feito, com a separação desse processo em diferentes etapas. Nós o entrevistamos quando estava de férias no Brasil visitando sua família e ela estava grávida de 7 meses.

Eu tive que recuperar os nove embriões que estavam em Marseille e levar para outro Hospital em Marseille. E isto eu fiz pessoalmente, que foi muito

engraçado, porque poderíamos dizer que foi o primeiro homem que carregou seus filhos antes da mulher, da mãe... risadas..... é interessante porque eu transportei em recipiente de alumínio, parecido com uma coisa para tirar leite das vacas, um cilindro assim, com uma isolamento térmica que eu não sei mais como se chama, que resfria. Então eles estavam ali congelados. Então eu transportei isso com carro, dentro do carro e a pé, e as pessoas me olhando na rua, se perguntando o que eu estava fazendo com isso. O que era isso. Daí eu levei para outro hospital (entrevista 1, Ângelo, casado com Rosa).

As representações dos homens sobre as técnicas são positivas, ainda que alguns demonstrem consciência dos seus limites, principalmente seu pouco amadurecimento, sua base probabilística, experimental, e os estágios em que a tecnologia não pode interferir, como é o caso da nidação.

Eu acho que o processo, ele é... eu diria que ele é muito incipiente, todo esse processo. Pra você colocar isso, digamos, em linha de produção, então, é um negócio que está muito em estudo, se fosse uma coisa que você fizesse e a possibilidade de acerto é de 99% ou de 90%, então já é uma coisa comprovada, com métodos comprovados que vão dar certo, então eu acho que nesse aspecto nós temos que primeiro avançar nessas pesquisas para que se tenha um processo e procedimentos seguros no sentido de dizer fizeram, tá certo, da mesma forma que é extrair um dente. Agora disseminar essa tecnologia sem um controle adequado, porque o problema não é só colocar na área da saúde pública como, e como é que vai fazer com todo o resto, todo o excedente de material genético que está por aí, que eles nem...(entrevista 18, Raul, casado com Janete).

(Nidação). Esse é um processo que a medicina ainda não conseguiu, né, só o teu organismo, ele mesmo que vai decidir, né, até então porque eu acho que deve ser induzida e de repente não é, só um pouco dela, tem um pouco de mim que o organismo dela deve sentir, por isso que o fator aborto é bem maior (entrevista 16, César, casado com Tereza).

Esta tecnologia permite ao homem conhecer o seu corpo e lhe dá chances que a natureza em si mesma não lhe daria. As mulheres relatam que os homens vivem grande emoção ao participar do processo.

Só que só dois é que sobreviveram, que foram transferidos, então ficou o espermatozóide lá, então quando chegou pra fazer, que houve o aborto tudo, aí a gente tinha aquela coisa: ah, não tem problema, porque agora é mais fácil porque tem espermatozóide lá, porque era um problema nosso conseguir espermatozóide, daí os espermatozóides já estavam lá, tudo direitinho, ela mostrou, a gente ficou muito emocionado, eu e o meu marido, quando a gente viu os espermatozóides assim correndo, que a gente imaginava que nem tinha, aí ele viu e ficou até meio inchado, meu Deus, isso tudo é meu, ainda está sobrando. (entrevista 21, Mônica casada com Nando).

Em alguns casos, os homens falam sobre como é ruim viver essa expectativa, e como em muitos momentos eles interferem limitando a emoção e a crença apresentada pelas mulheres, que na opinião da maioria deles, criam um grau de expectativa maior.

Isso porque as mulheres estão, segundo eles, muito mais envolvidas com o processo e com o desejo de resultados. Objetivamente, porque começaram os tratamentos muito antes do que os homens. Como já nos referimos antes, quando o homem entra no processo, elas já procuraram o médico muitas vezes e, não raro, já foram submetidas a muitos exames e muitos medicamentos.

O homem, em geral, entra no tratamento sem a carga de *stress* das muitas idas aos consultórios e sem o uso da medicação, bem como dos inúmeros exames. Ele consegue continuar seu trabalho e a normalidade de sua vida, sem ter que fazer sucessivos arranjos, sucessivas negociações; esse não é o caso da mulher, que acaba por modificar toda a sua rotina de vida. Tomemos em conta que a maioria das mulheres entrevistadas tem dupla carga de trabalho. Para o homem, isso pode se reduzir a alguns momentos, como o da coleta do espermatozóide; para ela, esse processo significa viver uma rotina de 24 horas, durante meses e até anos. “Eu dizia para ela, não cria expectativas, esquece. Mas para a mulher é muito difícil. Talvez porque a mulher começa antes. Ela nunca se desliga”. “Para o homem são só momentos, para ela é uma continuidade”. “Ela está carregando aquilo”. “O homem vai lá buscar e pagar (risadas)”.

Eu tenho impressão que os homens trabalham melhor com esses dados, que as mulheres criam mais expectativas (...). É aquela vontade, aquela ânsia de ser mãe, no caso da ..., hoje já melhorou bastante, ela ficava assim [...], por si só ela já é uma pessoa elétrica, é estilo dela, hoje ela já está mais *light*, ela procurou trabalhar, nós temos vários livros de auto-ajuda. Eu li livro que eu nunca tinha visto na minha vida, eu trabalho também esse lado, até porque é preciso (entrevista 24, Kauli, marido da Tereza).

Há contudo, muitos relatos em que os homens se percebem angustiados e preocupados durante todo o tempo do tratamento.

Porque desde o tempo em que a gente fez o tratamento, a gente ficou naquela angústia, fazer exames de sangue para saber se engravidou, acompanhar para ver se algum sangramento que tenha interrompido o processo. E qualquer manifestação é um sinal de alerta. E a angústia cresce. E nós ficávamos nós dois numa angústia bem grande (entrevista 32/31, Luiz, marido da Salete).

O sofrimento durante a fase do tratamento é descrito pelos homens como uma experiência solitária. “A gente sofre demais”. O acompanhar é um ato solitário. “A mulher fazia e eu ficava com o coração na mão”.

A relação com a gravidez também é de grande envolvimento emocional, principalmente pela expectativa quanto ao filho perfeito. Parecem esperar que a perfeição da criança confirme para eles a necessidade de ter certeza de que fizeram a coisa certa.

Quando eu vi ele na ultra-sonografia, perfeitinho, foi fora de série. Ele mexe as perninhas, ele tem dedinhos, ele é todo certinho. Mas eu sempre me preocupei de que ele viesse com defeito mental. Não pelos remédios. Mas eu acompanhei um amigo meu que mora do lado da minha casa, que a mulher teve um neném com síndrome de Down. Então isso era a minha preocupação. E para minha esta era mal preocupação, tanto se fosse por inseminação, proveta ou natural. Essa era uma preocupação minha. Eu tinha essa preocupação. Eu dizia, pô, tomara que ele venha perfeito. Ver o neném perfeito para mim era a maior das alegrias (entrevista 8, Geraldo, marido da Janete).

3. As mulheres: “Ser mãe é o que importa”.

As mulheres entrevistadas raramente manifestam alguma fascinação ao olhar o processo técnico em si mesmo, e também o saber sobre a existência dessas tecnologias não lhes causa o mesmo estranhamento causado nos homens. Para elas importa conhecê-las, e olhar para o que elas fazem sobre si, ou sobre o que os outros fazem sobre ela. O foco são elas próprias ou o casal, para dizer que foram despendidas muitas energias, esforços e tempo, sem contar o dinheiro investido nos procedimentos anteriores. O foco do seu olhar se volta para o tratamento e para os riscos, mas especialmente o que conta é pensar sobre os meios necessários para alcançá-lo com vistas a ser mãe. *“The choice of the risks and the choice of how to live are taken together”* (DOUGLAS; WILDVSKY, 1983, p.8).

A construção de suas representações está conectada ao imaginário social sobre a necessidade da maternidade, sobre a cobrança dos parentes sobre a construção da sua família, cobrança que lhe é feita diariamente, e ao de desejo de filhos.

Outro aspecto é que esse poder médico de lhes fazer um filho está amalgamado no fato, tratado por Tubert (1996), de que em toda sociedade patriarcal a mulher entra na ordem simbólica somente sendo mãe. A maternidade está articulada aos discursos ideológicos de cada época, ao mesmo tempo em que esses discursos ideológicos podem estar dissociados das condições reais de existência das mães e não levá-las em conta.

O próprio desejo do filho associa-se à infertilidade como um verdadeiro sintoma situado no corpo, localiza-se, portanto, a aplicação das NTRc nessa tentativa de satisfazer à demanda da mulher que manifesta o desejo de ter um filho e não pode. Entretanto nem sempre a demanda coincide com o desejo. Conforme Tubert (1996, p. 192): “responder à demanda tentando oferecer o objeto requerido (a criança), sem maiores questionamentos, supõe situar a mulher num discurso constituído e imposto, eliminando-a do mesmo como sujeito falante, como sujeito do desejo”.

Segundo Tubert, a partir de um paradigma psicanalítico, a procura pelas novas tecnologias reprodutivas conceptivas não se justifica somente no argumento do desejo do

filho. Isto mascara os aspectos econômicos, sociais, históricos e culturais que, necessariamente, devem ser levados em conta na construção dessa demanda medicalizada. Ela se articula com a dessubjetivação. O nome do pai aparece encarnado por um médico que vai proporcionar um filho à mulher, para fazê-la mãe, permitindo-lhe assim encontrar um significante que a represente como sujeito. O encontro entre uma demanda incoercível e a oferta das tecnologias reprodutivas, determina que pacientes e médicos se coloquem como ponto de partida de gerações e filiações que até há pouco tempo eram impossíveis, dando origem a um mundo diferente, capaz de pôr em questão não só os fundamentos éticos, jurídicos, filosóficos e culturais da atual concepção de parentesco, mas também o estatuto de sujeito.

Nesse sentido, segundo Tubert (1996), tanto a esterilidade quanto a frigidez espelham uma muda resistência a uma função simbólica entendida como natural e, dessa maneira, imposta a uma definição ideológica do gozo, do desejo e dos ideais da feminilidade e da felicidade.

A mulher que não é mãe perturba a ordem estabelecida, questiona a base das relações entre homens e mulheres e abala o sistema de exclusões que sustenta a ordem hierárquica, o poder de um sobre o outro. A hipótese desta autora é que as NTRc estejam respondendo à exigência de impedir que uma mulher não seja mãe, de garantir que ela esteja plenamente identificada com sua função reprodutiva supostamente natural, função que a definiria no seu ser. Se todas são mães, teria sido respondida a pergunta sobre a feminilidade. No entanto, se nem todas são mães, o que então é uma mulher?

Se a contracepção permite o controle dos nascimentos por parte da mulher, pode suscitar o fantasma da confusão dos sexos. Dessa forma, são as NTRc que, por sua vez, restauram a distinção, evitando, ao menos imaginariamente, que uma mulher não se integre na categoria mãe. Nesse caso, o que se teme não é só uma sexualidade feminina descontrolada e voraz, mas também a confusão dos sexos, com o conseqüente questionamento das identidades sexuais estabelecidas, uma vez que, não sendo mãe, a mulher poderia ser confundida com o homem.

Além do mais, a prática médica está visivelmente marcada por um cuidado de eficácia que consiste em difundir entre as mulheres o resultado do progresso relativo às tecnologias reprodutivas (BRETIN, 1996).

Segundo Becker (2000), tecnologia não é apenas expressão da cultura; é um primeiro exemplo de como consumir cultura, de como pessoas lidam com a relação entre a

ordem social e a esfera íntima de suas vidas. Consumir cultura revela o poder individual de dispor sobre sua vida e sobre os recursos identificados na necessidade.

Segundo ela, quando consumir cultura gira em torno de objetos específicos de consumação, que estão significando reprodução social de identidade, então isso conecta questões sobre como nós necessitamos ou deveríamos viver, o que diz respeito ao direito, dirigindo as necessidades ou os desejos dos indivíduos.

Mais do que na contraposição entre natural e artificial, essa busca por NTRc se configura também como a última chance de ser mãe, e está circunscrita na disposição e na escolha de não mais seguir tratamentos convencionais, relatados como longos e como fonte de *stress*. De modo que a possibilidade de fazer uma inseminação artificial ou uma fertilização *in vitro*, ou uma injeção intracitoplasmática de espermatozóide, quando apresentada, ganha contornos de solução para quem já não agüenta mais as idas e vindas freqüentes ao consultório do médico.

Eu tratei quase sete anos, e tomando hormônios, tomando remédios, tomando isso, tomando aquilo. Gastei uma fortuna e poderia ter feito logo uma inseminação. Eu estou com 33 anos, eu tinha 24, 25 anos quando comecei. Nesse tempo todo eu tomei hormônios, tomei serofene, neclodim, clomide, todos bem fortes. Tomei também dimetrose durante seis meses. Com a doutora (nome), porque ela achava que eu tinha endometriose. Eu acho que a pessoa não pode achar, a pessoa tem que saber. A doutora (nome) é que fez o exame. Neste campo a pessoa não pode achar, ela tem que saber. Quando cheguei na doutora (nome), se eu não me engano, que eu já queria fazer a inseminação. Ela disse não, vamos fazer o tratamento. É difícil, porque esse você acha que tem possibilidades, mas faz o exame de prolactina, é alta, faz o exame de progesterona, é baixa, que tem problemas no ovário, a trompa não funciona direito. Faz 3, 4, 5 meses e não dá certo então tem que partir para inseminação. Mas fazem muito tratamento, tu tomas muito remédio. E depois tu chegas à conclusão que tens que fazer inseminação. Isso tudo deveria ser mais rápido, eu acho (entrevista 7, Janete, casada com Geraldo).

Após este tipo de tratamento, quando a mulher compara a fase anterior com a atual, ou a recente fase, antes da gravidez, depois de uma FIV ou ICSI, ela se posiciona em geral radicalmente contra o tempo que investiu nos longos tratamentos. Posição esta contrária às indicações éticas, que em geral criticam a vulgarização que é feita dessas tecnologias, quando são indicadas prematuramente para todos, sem tentar os caminhos convencionais. É esta também uma das críticas das feministas radicais (BATAILLE, 1990; LABORIE, 1993), quando dizem que as mulheres são conduzidas para essas tecnologias em muitos casos sem necessidade, ou porque o direito a um filho se transforma em um dever (SCAVONE, 1999). É possível que isto se dê, à medida que essas tecnologias se tornam mais acessíveis. Mas o que encontramos em nosso estudo foram mulheres estressadas pelas muitas tentativas em

tratamentos “convencionais nos consultórios” e que desejam muito dar fim a esta rotina, que já lhes tomou anos da vida. Nesse sentido, qualquer proposição que não seja medir temperatura, tomar hormônios para estimular a ovulação, fazer sexo em dia e hora marcada, é uma possível solução, muito mais desejada, “depois de ter tentado, desde 96 eu estava tentando com a (nome). Eu tomava medicamentos, todo mês eu tinha que ir lá e ela receitava, eu não agüentava mais”.

Hoje, se eu fosse fazer de novo, eu já não ouviria essa história de me dizer: tu tomas deste medicamento e vais engravidar. Eu já iria direto lá, lá ou em outra clínica que tivesse fertilização. Eu queria direto fazer fertilização, o que este negócio de ficar tentando, tentando, e não dá. Isso vai, desgasta muito. Isso cansa muito. Cansa porque eu já estava com vontade de desistir. Eu me acordava, principalmente quando vinha a menstruação, e dizia: eu não vou fazer mais (entrevista 21, Mônica casada com Nando).

As NTRc são, conforme dito por Strathern (1991), a expansão das possibilidades tecnológicas e, ao se falar nelas nos consultórios médicos, criam-se as condições sociais de aceitação ao seu uso. À medida que se dão conselhos médicos e se aperfeiçoam as técnicas, são circunscritos os caminhos do alargamento das opções e as possibilidades para o seu uso terapêutico, caminho desenvolvido pela história das práticas médicas, segundo Bateman (1999).

Strathern (1991, p. 1014) nos diz que até agora

considerava-se o domínio do parentesco, e aquilo que tem sido designado a sua base biológica, a nossa constituição genética, como algo que não poderíamos alterar. Considerava-se que estas relações pertenciam ao domínio da natureza, que representava tudo o que era imutável, ou intrínseco as pessoas e às coisas....no momento o que vemos é que a criança é uma encarnação do desejo dos pais.

Vivemos, segundo ela, num mundo em que, para qualquer idéia que possamos ter sobre pais e filhos, terá que ser feita a opção. O que, uma vez desejado também pelas mulheres, ganha caminho de fácil aplicação, perdendo gradativamente não apenas seu distanciamento social, mas também, à medida que as desconfianças caem, perdendo-se a capacidade crítica sobre suas possíveis falhas, bem como sobre as inúmeras questões que carecem de discussão pública (IACUB E JOUANNET, 2001) e de legislação (CORRÊA, 2000). Isso, somado ao **stress corporal** que é relatado em todas as falas, e ao **stress psicológico e afetivo**, permite um engajamento na busca de algo que parece oferecer uma solução definitiva – o filho.

a) *Stress*: “Por que sofro tanto meu Deus ? Eu não agüento mais”.

O *stress corporal*, que está ligado, entre outros fatores, à necessidade de deslocamento territorial para outras cidades, ao uso dos hormônios, ao tempo do relógio biológico, ao tempo da espera em tratamentos convencionais, ao tempo de espera para saber se o resultado será positivo ou não, ainda à repetição de sucessivos tratamentos, ciclo após ciclo; à necessária familiarização com os objetos materiais, aí inclusos instrumentos médicos e protocolos de estimulação ovariana, à procura e à compra da medicação, à pouca atenção ao seu corpo como um todo. Nesse procedimento o que conta é a interação entre os óvulos e os espermatozóides, mediatizada pelas mãos dos médicos e dos procedimentos laboratoriais, interação despersonalizada dos corpos dos homens pela distância da relação e, particularmente, despersonalizada do corpo da mulher, porque reduzida a critérios de normatização e construção da materialidade biológica como fértil, acirrando-se na desvinculação do seu eu, que só vê o desespero na busca pelo filho biológico.

Eu já estava cansada. Porque eu ia sempre na doutora para fazer as tentativas, todos os meses eu ia lá. Estava desesperada. Todo mês eu ia lá, tomava hormônios, não dava, no outro mês eu ia de novo. Daí, próximo do ciclo, tipo uns quinze dias, eu tinha que ir todos os dias na doutora. Às vezes, um dia sim, um dia não. Aí eu ia lá e media o meu óvulo, um dia não estava bom, noutro também não. Aí eu ficava tomando a medicação, mais medicação, mudavam medicação. Isso foi vários, várias vezes, isso conflita a gente. Isso foi tão cansativo que, no final, eu já tinha desistido. Deus, isso era muito angustiante. Ele não, ele dizia - vamos tentar. Isso era muito estressante. Tomar hormônios, foi muito tempo durante todos os meses. Era todo mês, todo mês. Eram ultra-sons intravaginais. Eu ia na doutora, me dizia: amanhã você volta para acompanhar, para ver se está ovulando. Aí não estava ovulando e eu voltava a tomar medicamento. Quando a gente cansou a gente falou com ela. A gente deveria ter ido direto para este processo de fertilização, para não ficar passando por este desgaste que a gente passou. Agora, olhando para trás, eu tenho certeza disso (entrevista 31/32, Salete, casada com Luiz).

O *stress psicológico*, afetivo, moral, relacional, embora não se possam separar rigidamente estes aspectos da relação corporal, dá-se no ato de comparação que essas mulheres fazem entre si e as demais mulheres submetidas ao tratamento, consideradas em melhor situação quando engravidam. Dá-se no medo de fazer hiperestimulação ovariana, no investimento de tempo, dinheiro e energia durante o tratamento; na expectativa sobre o desenvolvimento ou não dos folículos, na ansiedade provocada pelas incertezas sobre o sucesso, na cobrança familiar, na vergonha de ter que dizer nas relações de trabalho “eu não tenho filhos”; nas dúvidas e nos medos na hora da transferência embrionária e na espera pelo implante, visto que o processo é todo diferente do ato sexual em uma gravidez normal, na qual as pessoas nem ficam sabendo se vai haver ou não uma gravidez; nas interrupções e

retomadas do tratamento, além do *stress* por ter que administrar o tempo pessoal e o tempo das decisões médicas; no ato de refazer os exames; nos diagnósticos colocados em dúvida; na mudança de médico por parte da paciente, porque imagina poder garantir a rapidez do tratamento noutra lugar, no processo de controle dos folículos.

Depois dos aspectos ligados mesmo aos procedimentos do tratamento, os fatores causadores de maior stress estão ligados às relações sociais e familiares, particularmente às decepções pelo insucesso, que devem ser administradas em família.

[...] porque eu imaginava que tinha conseguido, depois dá tudo errado, mas tem que tentar. Depois na Clínica também nascia neném à noite, escutava o choro... da família, do marido, nossa, a avó que ficou assim bem mais triste do que eu, tive que dar força depois pra ela. Ele ficou bem triste, eu acho que eu fui até mais forte do que ele. Primeiro porque que eu sabia que ele estava até mais triste por mim, então eu tive que ser forte, que é assim mesmo, vamos tentar de novo, se não der a gente adota, aquela coisa, aquela história, e eu sou bem assim otimista, não é qualquer coisa, que eu fico achando que é só comigo, eu também eu acho que assim, nessa vida, a gente veio pra superar algumas outras vidas, alguma coisa de outras vidas, se não é pra eu ter um filho, é pra eu adotar e depois talvez eu tenho o meu, se não tiver, vai que não era pra ter mesmo (entrevista 21, Mônica, casada com Nando).

b) Menstruação: benção ou castigo?

A menstruação é uma benção para quem não quer engravidar, para quem o quer é um momento de grande decepção, que algumas mulheres relatam como verdadeira tragédia, vivida com sofrimento e choro. A menstruação, nessa situação, é o sinal evidente do fracasso de todo o investimento emocional, afetivo e econômico para materializar um sonho. Mas o problema maior é que, nesse momento, em geral tão envolvidas estão com a esperança que depositaram na técnica, que não conseguem olhar criticamente para as não poucas falhas do processo. Tomam o fato como incapacidade pessoal e esse é um dos fatores de muito peso sobre sua experiência de depressão e baixa estima. Constatar isso, exige dos homens também a reelaboração das motivações e a superação das frustrações. Para eles, a menstruação também é relatada como tragédia.

Essa fragilização, a dor e o choro enfraquecem também a capacidade de decidir com autonomia. Acabam por permitir grande interferência médica sobre os seus sentimentos. O médico, ao criar hipóteses explicativas para o insucesso, também veicula possibilidades de continuidade que, em conluio com o “desejo de maternidade”, possibilitam as muitas tentativas.

Eu dizia pro médico, “eu morro a cada mês e eu vou me reconstruindo” quando vem a menstruação a gente morre, o mundo cai, depois a ovulação vai se aproximando, então é um novo (...), ali a gente começa a se reconstruir. Então, nasce toda a esperança de novo, aí menstrua de novo, morre, sabe, é um eterno renascer e

reconstruir, eu queria muito, muito, eu deixei isso bem claro pro médico. Eu tinha certeza, era o que eu queria na minha vida (entrevista 37/38, Sonia, casada com Mario).

Eu já não queria mais, era muito difícil ficar 3 anos, assim e toda vez que vinha menstruação desabava tudo. Isso arrebatava, quando ficavas um dia com atraso tu já estavas mais aliviada...era um drama, cada vez que vinha a minha menstruação eu chorava. Eu sempre achando que estava grávida, desconfiava todo mês, parece uma coisa, parece que atrasava sempre e daí eu já começava a sentir todos os sintomas, já achava que o busto tinha aumentado, que eu sabia que aumentava o busto, já me olhava diferente, sempre. Aí vinha, era aquela decepção. E fazia exames, vira e mexe, e nunca dava (entrevista 9, Gilda casada com Ray).

Cada vez que ela menstruava, eu procurava animá-la dizendo: não (nome), vamos em frente. Eu sempre incentivei, mas eu procurava dizer: olha (nome), vamos para frente, Maldita menstruação. A gente ficava detonado, meu Deus, como era difícil. Tinha hora que a gente vivia e tinha hora que a gente chorava. (entrevista 8, Geraldo, casado com Janete).

c) Tratamento: medo e angústia

Em relação ao tratamento, queremos destacar que as mulheres falam sobre ele como se dominassem todo este investimento tecnológico. Mais do que de artificialidade, elas falam dele como próximo do seu dia-a-dia. Elas naturalizam essa condição, que chega a ser absorvida como rotina. Na expressão de uma delas “a gente respira isto dia e noite”. Aquilo que no início se apresentava como tão distante, agora está tão próximo que chega a ser absorvido como rotina, o seu envolvimento é de colaboração e de regramento de si e do cumprimento do cronograma médico. Mesmo se, no caso do depoimento abaixo, a mulher perdeu a trompa esquerda por infecção durante o processo de tratamento.

Eu tenho um cronograma aqui, esse é o esquema da reprodução, desce a menstruação, depois no 21º tu começa a tomar uma medicação, que seria o lupron, que seria uma injeção por dia, todo dia, e essa injeção é uma injeção bem pequenininha, tipo daquela, menor ainda daquela de insulina, e tu toma 0,1 ml, o líquido eu tenho até ali direitinho, até se tu quisesse levar pra amostra, um vidrinho assim, com um pouquinho de líquido e ali tu fica desde o 21º dia até o 8º dia depois que desce a menstruação. Então, aí tu toma lupron direto, aí desceu a tua menstruação, tu tomando medicamento, desce uma nova menstruação, depois dessa menstruação, o primeiro dia, depois de terminar a menstruação o primeiro dia. Então, do 21º que tu começou a tomar uma medicação, passa-se 14 dias, nesse meio tem que descer a menstruação, depois tu toma uma outra medicação junto com o lupron, que dessa última vez eu tomei puregon, eu tomava três ampolas por dia, das três ampolas eu pegava a medicação das três e diluía numa só, numa ampola só, é intramuscular e pode ser subcutânea também. Depois de estar tomando essa medicação que desceu a menstruação, no 8º dia tu tens que fazer o teu ultra-som, e aí se já tiver no tamanho normal, tu toma mais uns dois dias, tu toma a medicação

que seria a profase, pra madurar esses folículos, e depois tu retira os óvulos. Até se tu quiseres levar esse esquema. Dessa vez, eu respondi bem pior à minha medicação, tive bem menos óvulos, bem menos entre aspas, quer dizer até fazer o ultra-som pra ver a quantidade de folículos, eu tive o seguinte, na primeira vez eu tive assim, folículos de tamanhos que são necessários nos dois ovários; no meu segundo tratamento, eu tive mais no ovário direito, que daí eu não tinha mais a trompa esquerda, tudo indicava que era pra mim ter mais no ovário direito, que tinha trompa, que tinha todos os órgãos necessários. E do terceiro, agora, não respondeu nenhum no ovário direito, todo do esquerdo, e aí em pequenas quantidade... Às vezes eu nem lembro que eu não tenho a outra trompa, quer dizer, eu já tenho problema do meu marido, que já é difícil pra engravidar, eu também já perdi 50% de chance, porque dizem que um mês dá num ovário, um mês dá no outro... (entrevista 21, Mônica, casada com Nando).

Elas parecem ter completo domínio sobre os procedimentos de fabricação do ovário reprodutivo, porque, mesmo que para os médicos o útero seja fundamental como ponto de partida, para as mulheres o foco de preocupação será a estimulação ovariana. Tudo passa a ser focado nos ovários. É ele que deve sair da sua condição de produção de um único óvulo mês para a liberação de muitos folículos contendo óvulos. A fecundação *in vitro* gera uma falsa simetria. Fazer sair os óvulos dos ovários é, de certo modo, tratá-los como espermatozoides, segundo Laborie (1999). E para levá-los de uma economia de raridade a uma economia da abundância é preciso óvulos, e muitos. Ora, as mulheres não produzem muitos óvulos e não os colocam no exterior. Daí a necessária estimulação ovariana, com os conseqüentes riscos de hiperestimulação, dores e desarranjos hormonais relatados em nossas entrevistas.

A coleta de óvulos é tomada, equivocadamente, como um termômetro para o sucesso. O médico se entusiasma com a quantidade coletada e alerta sobre o número de filhos que o casal poderá vir a ter.

Daí, quando chegou à época de tirar os óvulos, tiraram 25 óvulos, fecundaram 22. Eu sei que 16 estavam prontos para injetar. É certo que o doutor tinha ido para o Chile para fazer aquela fecundação de cinco dias, aí ele colocou dois com dois ou três dias, ia colocar mais três com cinco dias. Ele disse que iria colocar oito, quatro e quatro, mas aí ele disse que, como a evolução estava indo muito bem, ele não queria colocar porque sairia uma ninhada. Então ele pegou e diminuiu (entrevista 25, Simone, casada com Armory)

Esse domínio e essa rotinização do procedimento não elimina, contudo, o medo e a angústia. A esperança e o medo estão, no contexto da transformação da natureza ética e existencial, em instrumentos técnicos (ROTÂNIA, 1999). Esses casais, arrancados do corpo, da personalidade e das relações sociais, são inscritos dentro dos elementos que configuram a FIV, dirigindo essa tecnologia a um todo encadeado em uma variação de arranjos, segundo Kireyczyle (2000), para quem negociações sobre a organização clínica e o desenvolvimento

da FIV/ICSI, envolvem negociações sobre o gênero e as diferenças culturais, sociais e políticas dos significados envolvidos.

O medo e angústia que são provocados pelos médicos em relação a algumas exigências sobre a necessidade de fazer exames preventivos, constituem-se em fontes de *stress*, e na relação com esses investimentos tecnológicos marcam os procedimentos também em relação a outros aspectos. Em alguns casos, os médicos levantam hipóteses sobre os possíveis problemas de saúde em relação à criança por causa da idade da mãe, e forçam a mulher que se recusa a fazer uma série de exames preventivos. Estes exames são considerados pela mulher somente como uma forma que o médico encontrou de ganhar mais dinheiro. Ao mesmo tempo, esse medo é acompanhado de certa culpa por não querer se submeter aos exames exigidos pelo médico, o que responsabiliza totalmente a mãe caso essa criança venha a ter problemas. Deve-se também esse medo às interrogações sobre se deveriam estar fazendo um bebê *in vitro*. Parecem sentir como se estivessem ferindo uma lei natural, o que nos dá certos indícios de que, eventualmente, essa escolha não esteja tão livre das possíveis associações à sua artificialidade, ou de medos ocultos sobre a dessacralização da natureza. É muito difícil para todas as mulheres encarar que eventualmente nem tudo saiu conforme matematicamente planejado. Olhar o que fizeram como um problema não pode ser suportado e às vezes as dúvidas persistem durante todo o processo da gravidez, conforme podemos verificar na fala abaixo.

Cada vez que ele media lá, na cabecinha, e no... eu gelava e dizia “será que o meu neném não é perfeito?” Com esse exame, amniocentesis, eu estava até me preparando psicologicamente. Ele dizia pro (nome) “tu tem que ser delicado, tu tem que ser ...tu tem que dar apoio pra ela”. Nisso, eu já estava distorcendo tudo em favor que estava com “alguma criança com problema”. Por que dar apoio, ser forte, falava por código pra mim. Aí, como deu ótimo resultado, eu “Ai que bom. Então, vamos embora”, ele disse, “Não, fazer outro teste”. Ele já sabia o resultado, por que antes de fazer outro teste, ele queria por que queria fazer... Eu disse- eu não vou fazer, eu já estou com o exame, eu não vou fazer....aquela angústia, angústia, angústia, eu dizia pro meu marido “será que Deus vai deixar acontecer isso, mas não pode”... mas se o médico está me pedindo isso, ele deve ter visto alguma coisa naquele ecógrafo lá e não quer dizer ainda....Fui na Sonotec, fui aqui em Tubarão numa outra Clínica, eu já nem acreditava mais nele, achei que o outro médico é que tinha razão... Dai eu disse, “sabe de uma coisa, eu vou deixar as coisas acontecerem”. No dia do meu parto, eu nem podia andar direito....

Ninguém quer. Ninguém quer ter um filho assim. Eu olhava assim, será que ele tem algum problema, eu custei a ter coragem de pedir pra médico...O meu filho é perfeitinho? Ela disse, “...é um garotão!” Eu disse, “graças a Deus”. Mas, na hora assim, acho que a gravidez inteira foi terminada aí. Os quatro primeiros meses, eu só pensava que só podia ser, né. Mas depois eu fui deixando a coisa rolar, eu disse, “eu não acredito que se Deus ajudou a dar certo até agora, impossível que seja (...), mas se for ...” (entrevista 33/34, Anita, casada com Ezequiel).

E os medos persistem mesmo depois do nascimento, obrigando a mãe a se perguntar. “Será porque foi feito *in vitro*?” Até no dia da entrevista, a mulher da fala abaixo expressou medos em relação ao fato de ter dúvidas sobre se a filha irá ter problemas de saúde, a menina está com 5 anos e ela continua controlando seu desenvolvimento físico, visto que ela não se desenvolveu no tamanho adequado aos padrões das crianças da sua idade.

Eu tive no final, porque foi assim: até seis meses, até sete meses da minha gravidez, estava tudo normal, depois no ultra-som eles começaram a dizer que o perímetro cefálico dela era pequeno. E aí tinha um exame que a gente faz com 52 semanas e daí dá para ver se o feto está todo normal ou não, e esse exame eu não fiz. Esse exame eu não fiz porque passou, a medica não pediu. E aí, quando chegou no sétimo mês, começou isso. Então no sétimo mês até ela nascer foi um tempo muito complicado, que eu fiquei muito apreensiva. Eu não dormi direito, eu não sabia direito o que estava acontecendo, eles só diziam que o perímetro cefálico estava pequeno, mas que o cordão umbilical estava normal, que um líquido estava normal o problema era o perímetro cefálico. Era mesmo... tanto que até depois que ela nasceu até uns quatro meses foi um sufoco, eles diziam sempre que estava anormal. Diziam que o perímetro cefálico era pequeno, muito pequeno, e cada vez que tu ias ao médico ficavam medindo. E cada vez que eu ia no médico eu perguntava se era porque foi feito *in vitro*. Mas eles também não sabiam (entrevista 25, Simone, casada com Armory).

Apesar disso, essas mulheres continuam desafiando a medicina com sua insistência, e reclamam assistência intensiva. O médico às vezes é solicitado como um herói capaz de corrigir as injustiças da natureza e às vezes é odiado pelo fracasso. Essa equipe pode, ao mesmo tempo em que se encontra fascinada, sentir-se aterrorizada diante da onipotência dessas mulheres. Elas, que desafiam a vida e a morte, agem como se quisessem dizer a todos – ninguém pode comigo –, tal é a carga de esperança colocada na tecnologia e tal é a subjetivação feita, que soa como sintoma perverso do desejo, conforme tratado por Bordo (1997). Outros medos são devidos às possibilidades do fracasso frente a um limite representado pela idade, que vem acompanhado do fantasma de ter que decidir pela adoção, aspecto que é superado pela segurança, que é passada pelo médico, sobre o poder da tecnologia e sobre sua capacidade de dominar esses percalços (ROTÂNIA, 1999).

Nesta idade eu tinha medo do fracasso, o meu medo é que seria a última tentativa. Porque depois só adoção. Para mim seria a última tentativa de ter um filho meu. O meu medo é de que não desse certo. Inclusive no dia em que nós fomos para Porto Alegre eu fui passando mal, me deu uma enxaqueca brava, na hora que eu conversei com médico, que ele me passou uma segurança incrível, que eu saí do consultório, eu olhei para ele e disse: estou com fome, vamos comer e vamos embora. Eu não tinha mais nada (entrevista 29/30, Munique, casada com Chico).

Medos que são relatados como de causa psicológica, principalmente pelos homens. “No caso acho que ela não engravidou naturalmente por bloqueio, ela tinha medo”. “Eu acho que ela queria tanto que acabou bloqueando”.

Ainda relatos sobre os medos causados pelo uso destes medicamentos por causa da possibilidade das doenças futuras:

Ninguém me disse, mas eu lia as bulas dos remédios e fala que pode aparecer, porque se tu leres as bulas dos remédios tu ficas apavorada e não queres tomar, porque diz que tu podes perder rins, tu podes ter câncer, não sei se mais tarde eu vou ter, porque eu tomei remédios mesmo pra tomar.....No começo até minha família não queria porque, assim, alguns, minhas irmãs ficaram preocupadas, porque poderia não dar certo e eu ter problemas ainda, mas a gente tem que arriscar, se tu queres. Eu tenho uma colega que fez que perdeu um rim, então tu ficas com a cabeça a mil, e ele não, ele dizia, não liga pra essas coisas, que isso aí não vai acontecer, e eu também tomei os remédios e pensava assim, eu vou tomar e não vai me acontecer nada, tanto que eu não tive efeito colateral, inchar, que poderia dar aquele policístico dos ovários, aquela superovulação, né, que eles falavam, mas nunca aconteceu (entrevista 17, Janete, casada com Raul).

Os medos são sobre os efeitos dos medicamentos e muito pouco sobre a tecnologia e o próprio procedimento. Em algumas situações o ovário não reage e quanto mais estimulado menos ovula. Esses são elementos não técnicos, mas fundamentais, relatados por várias mulheres, em que o fato de fazer uso de medicação forte não permitia a ovulação, provocando um resultado nulo para o fim desejado. A forma de tratar se dá a partir de consensos e o médico não tem instrumentos de controle total do processo, que pode terminar em hiperestimulação ou em uma síndrome de bloqueio total.

É. Bloqueiam pra ti não ovular, quando duas ou três vezes que eles insistiram que eu tome esse remédio, porque o médico de Curitiba e depois em Porto Alegre, também insistiu e eu também não vou me meter porque né... Tem algum mecanismo em mim, os meus ovários ficam compactos como se tivesse na menopausa... e não produz. Então, daí o que aconteceu bom, não pode usar o lupron, agora o que fizeram, daí a gente (...), daí fiz lá uma tentativa, coloquei três lupron e não fiquei grávida, aí depois fiz outras, porque eles consideram tentativa até o final de transferir o embrião. Foram muitas as tentativas do tipo, daí tu toma remédio vai ali não tem nenhum folículo, ou tem um, ou tem dois de má qualidade, acho que foram umas cinco ou seis tentativas mas, duas até o fim. Duas com transferência de embrião, mas nas duas eu não fiquei grávida. Uma delas eu estava lá pra fazer, de uma noite pra outra eu ovulei, daí, como eu não tenho esse bloqueio da hipófise, a história pra tirar os óvulos tem que ser muito assim, o médico tem que ter [...], pode acontecer de tu ovular e aconteceu, uma das vezes eu estava até no caminho, eu liguei pra ele voltar porque não adiantava ele ir (entrevista 23, Tereza, casada com Kauli).

d) Permanecer ou desistir ?

O confronto com essas práticas dos médicos é gerador de muitos conflitos e de desejos de desistência, por um lado. Por outro, possibilita esse desejo, assimila as novas

práticas como necessárias e úteis ao objetivo de fazer um filho, que é naturalizado no processo.

Mesmo quando conhecem as taxas de insucesso, as mulheres e os homens tendem a ver as possibilidades de sucesso. E a ineficácia não modifica em nada esse comportamento, ainda que necessitem construir alguns aportes para a superar ou suportar o sofrimento vivido em decorrência do processo. “Enquanto eu tiver uma chance eu vou continuar”. Na hora da perda dos embriões, a representação nos fala de um processo violador da natureza. Aparecem as dúvidas sobre o resultado de um procedimento que havia sido tão artificializado, o que é expresso na seqüência. Diante da ignorância sobre isso, resta apenas “colocar nas mãos de Deus”.

...imagina você querendo uma coisa, querendo muito, aí você vai fazer e está dando tudo certo. A gente fica feliz, né. E de repente, além de perder, a gente tem que colher, colocar num vidro e levar para o laboratório. Então é o que eu falei É um sonho. Poderia acabar com um final feliz ou com um pesadelo. E para mim não foi nem tanto pesadelo, porque, como eu já te falei, eu sou uma pessoa católica. Eu acredito em Deus e botei nas mãos dele. Ele saberia, às vezes vai que ele me poupou até de um sofrimento maior. Como tanta medicação, com tanta coisa, poderia vir uma criança perfeita, como não poderia. Talvez poderia se desenvolver faltando algum órgão. Talvez ele me poupou deste sofrimento. Eu acredito assim, eu botei na minha mente assim, então eu sofri menos. Mas eu já tenho amigas que fizeram e que até hoje são revoltadas. Então a experiência de cada pessoa é diferente (entrevista 5, Jádí, casada com Beto).

Outras práticas são associadas às NTRc, e são todas consideradas como formas de ação sobre a natureza: as garrafadas, as posições físicas após a relação sexual, as orações e a procura de centros espíritas.

Eu já estava casada há um ano, eu casei em 1985. Esperei um ano, depois de um ano eu comecei a tentar, daí não conseguia, não conseguia. Fiquei aqui em Criciúma, passei por três médicos, sempre com esperança de conseguir. Aí, comecei [...] o que ele mandava eu fazer, eu fazia, tomar garrafada, levantar as pernas depois da relação e tudo que me mandavam eu fazia. Daí não teve jeito, aí fiquei aqui, depois troquei de médico, depois eu fui a Porto Alegre, não consegui. Daí, eu peguei e resolvi, o meu pai viu no Fantástico esse médico. O meu pai é muito descrente, é que nem São Tomé, é ver pra crer, não é qualquer coisa que ele acredita. Então, ele me indicou esse médico, ele não sabia nem o nome dele, eu anotei. Passei um ano, não fui atrás, não fiz nada, na época. Depois de um ano tentei, tentei, nada, frustrada, tudo que me falavam eu fazia, daí fui na telefônica, aqui em Criciúma, *procurar o nome desse médico*, que eu sabia que era Moacir, alguma coisa assim, procurar alguma clínica, alguma coisa de São Paulo. Aí encontrei essa Clínica de Reprodução Humana Roger Abdelmassih... aí liguei pra lá, já marquei a consulta pra mesma semana, aí comecei, isso em 1990. Então, até aí foram quatro anos tentando. Aí fui pra Clínica, nós fizemos a consulta eu e o meu marido. Aí, nós fizemos a consulta e eu disse que estava esse tempo todo [...] explicando, ele me deu as sugestões. Daí ele pediu uma bateria de exames e tal, me fez um monte de exames e logo no mesmo dia ele me deu a resposta, aliás no outro dia ele já disse que eu teria chance de engravidar um dia, mas como eu estava há quatro anos tentando e nada, de repente eu ia engravidar “mas não sei quando”, daqui há dez anos ou daqui um ano mesmo eu engravidaria.

O que ele aconselharia, que seria mais rápido, um bebê de proveta, o Fivete, se eu não me engano (entrevista 9, Gilda, casada com Ray).

Tratamentos alternativos são associados aos cuidados sobre o útero e à produção dos espermatozoides, faz-se uma mistura entre práticas de alta tecnologia e produtos extraídos da natureza, de modo que não se dispensam os “aspectos tradicionais” ou religiosos como formas de tratamentos.

Eu fiz também, nesse segundo tratamento antes de ir lá, pra fazer lá em Ribeirão e fiz um tratamento alternativo também, mais pra essa área de cuidar do útero, e também na produção dos espermatozoides. Não sei se tu conhece os medicamentos da linha Sanchaine. Em Florianópolis tem um representante que me vende esses produtos, são mais considerados complementos nutricionais, é bem, eu sei que eu tomei....Tem os médicos que são homeopatas da linha Sancheine, fica ali perto do Shopping Itaguaçu, tem uma pessoa que tem uma representação, então eu tive uma consulta com um médico do Rio de Janeiro que estava dando uma palestra aqui em Florianópolis, e a minha cunhada conhecia ele, e eu também li uns livros dele, escutei umas fitas dele e ele colocava assim a questão da infertilidade, que tem certos alimentos que respondem, até um dos alimentos que ele colocava era que a pimenta, essa pimentinha de jardim, essa malagueta, e ele deu um exemplo de um caso, de um casal que o homem tomou e aumentou o número de espermatozoides... também a gente passou um mês sem ingerir carne vermelha, só carne branca e não tomar café, que é muito estimulante, e várias coisas a gente deixou de se alimentar, passou pra uma alimentação de não comer muitos produtos industrializados e eu vi que deu resultado. Tanto que da outra vez que ele conseguia ter dois, três espermatozoides, dessa vez a gente teve espermatozoide pra congelar, então eu acho que foi válido o tratamento, houve uma produção e eu também respondi bem melhor à questão dos óvulos, que eu não precisei tomar medicação além (entrevista 21, Mônica, casada com Nando).

Às vezes a confiança no conhecimento dos peritos se cinde. Isto ocorre quando a mulher confronta seu saber com o do médico. E o *know how* da “paciente” exerce certo controle sobre o médico. Isso faz parte da ambivalência da prática que, segundo Beck (1996), tem grande alcance para o conjunto e o domínio da ação social.

Ocorre que, depois de tantos tratamentos, o casal adquire conhecimentos sobre as condutas dos médicos e já não aceita suas decisões, em todas as situações. Esse conflito se explicita sobremaneira quando a mulher já não está mais disposta a investir tanto tempo e dinheiro em tratamentos cuja experiência anterior resultou em fracasso. Quando ela já fez muitos exames, e na troca de médico, ele não aceita os exames anteriores com seus diagnósticos. Nesse momento a relação é checada. O casal, ao mudar de médico, o faz porque tem uma esperança de que possa encontrar uma solução rápida junto a outra clínica. Ele programa sua expectativa e seu tempo.

Nossa, a primeira consulta realmente cria toda aquela expectativa de novo, cria um estresse também, por que eu já queria chegar lá (...), eu já tinha algum *know how*, queria já começar a fazer uso dos hormônios. Ai eu me estressei lá com o médico

também foram quatro meses, eu agoniada, porque tinha janeiro, fevereiro, as férias da Universidade pra poder fazer e eu comecei em outubro do ano passado, e ele “- não, calma”, “- eu tenho ovários...císticos, eu já sei o diagnóstico” ,e ele, “- não, nada disso, vamos fazer tudo”. Eu tinha que fazer exames que eu já tinha feito aqui, exames dolorosos, é ruim, eu já tinha feito em Criciúma, eu disse, “- eu já fiz, o senhor não confia?”. Ele disse, “- Não, tem que ser aqui”, aí tudo de novo. Claro que o custo financeiro lá realmente é custo financeiro mesmo, além do que é doloroso, tinha feito aquilo, mas não deu nada. “Nós vamos fazer uma Histerografia, uma cirurgia”, uma anestesia geral, ficar internada, tudo. Aí eu disse, ”Vamos fazer agora?” “Não. Primeiro nós vamos fazer (tal coisa)”. Em resumo, de outubro eu só fui fazer a transferência em fevereiro, no início de fevereiro, “Ou eu faço agora, ou eu não faço mais”, eu disse pra ele. Porque vão começar as aulas, como é que eu vou ficar sem ir na Faculdade, eu tinha que ir dia sim, dia não, lá pra Porto Alegre. Aí foram três meses, eu fiz exame pra... não precisava ter feito, porque lá no Moinhos de Vento até pra respirar tu tem que pagar. Tudo o que ele diz tem que fazer, e tu vai pagando, é R\$1.500,00 aqui, aí vai lá e não é o dinheiro, o tempo passa, as aulas iriam começar, e também tem coisas que não estavam rendendo. Até que finalmente esse médico entrou em férias, eu disse ”Vai ser agora”. Aí que ele me deu a dosagem, a lista, mandou por fax, nunca tinha dito pra tomar hormônios, mandou buscar tudo, comecei. Aí começa, vai, dia sim, dia não, pra ver o tamanho dos folículos, aí eu fiz a primeira transferência, a retirada mesmo dos embriões, dos óvulos pra fazer a fecundação fora, e aí eu fui. Quando já estava em fevereiro foi que eles fizeram a transferência pro útero, dos embriões já fecundados. E eu tinha certeza, eu vim de Porto Alegre e disse pro meu marido ”Eu tenho certeza que vai dar certo”, e deu mesmo (entrevista 33/34, Anita, casada com Ezequiel).

As exigências do trabalho fazem do recurso a esses meios uma batalha para ter um filho ou filha dentro de uma racionalização de cada etapa. Fazer o caminho da busca do filho transforma-se numa prova. Assim, os exames, os tratamentos hormonais, a masturbação necessária à inseminação, as ausências no trabalho, mesmo a gravidez e o nascimento, são etapas complexas que é preciso transpor. Ter um filho nessas condições é uma luta. Ao mesmo tempo, elas dizem que é uma chance que as demais mulheres não têm. É a possibilidade de acessar uma ajuda para a natureza, entregando seu processo reprodutivo para um médico. O discurso dos médico resgata o valor da maternidade e o coloca em sintonia com a construção da finalidade da tecnologia, construindo possibilidades para o seu agir. O ambíguo, o incerto, o contingente e o contextual tornam-se partes da reflexão científica, conforme desenvolvido por Beck (1996), as decisões e escolhas são feitas a partir das portas que a disposição em fazer o tratamento já havia aberto antes.

Numa hora, aí já era outro médico, ele já estava botando seis, eu disse, “seis?” Ele assim, “tu tem que pensar uma coisa, tu está com 39 anos, são seis embriões muito bonitos e a gente tem que contar com a chance. Tu não quer ser mãe?” Eu disse, “quero”. “Então, vamos apostar com tudo.” Eu fiquei assim, gelada, eu disse, meu Deus, se os seis não dá, o que eu faço? Por que eu dizia ...Vai ter que tirar, pode perder tudo. É preferível segurar um ou dois do que perder os seis. A minha família é extremamente religiosa, eu fui catequista, imagina, né, meu Deus, pra mim já é uma vida. E o médico dizia, “olha, agora tu já pode dizer que tu está grávida, que tu tem seis nenenzinhos aí dentro”, imagina, seis, né. Mas aí tudo bem, se vim, vamos deixar as coisas rolar, eu rezava toda a noite... (entrevista 33/34, Anita, casada com Ezequiel).

4. Afinal, natural ou artificial?

A esfera tecnológica como dimensão do agir humano possui uma certa orientação que nós podemos formular como sendo a construção dos meios mais e mais apropriados para realizar certos fins. Considerando a questão contextual das NTRc, encontramos a esfera da ação tecnológica em interação com outras dimensões ao nível de valores, como a cultura da maternidade e da família com filhos. Essas esferas pesam e estão presentes nas escolhas da biomedicina e da medicalização do corpo. Ao mesmo tempo em que o corpo feminino continua sendo moldado para a gestação e o nascimento, conforme tratado por Rodhen (2001), e o discurso do médico inclui os sujeitos, ainda que simbolicamente, como pais no processo de fazer um filho via tecnologia, ocorre o resgate da necessidade de afirmar que o processo é natural, agora não por referência apenas aos gametas como elementos do corpo humano, mas por referência aos gametas como construção social – eles são do casal. Isto parece se dar em parte também para reafirmar a filiação diante do médico, que se chama freqüentemente de segundo pai.

Até o médico dizia assim, eu sou o segundo pai desta criança. Vocês nunca esqueçam de mim. Mas é super natural, foi o meu óvulo. Eu até acho que não é tão natural se tu usas de outra pessoa. Natural meu e dele. No nosso caso foi, porque foi usado o meu óvulo e o espermatozóide dele. Agora eu já não acho tão natural, que tem casos de inseminação que a mulher não tem ovulação. Aí ela tem que pegar óvulos de outros (entrevista 11, Mônica, casada com Andrei).

A natureza é colocada no laboratório para ser potencializada e ajudada. Os elementos unidos em laboratório são o resultado do corpo dos envolvidos, e não há nessas falas a preocupação com a interferência tecnológica. Embora, para Testard, (1986), nós já tenhamos começado a construir outra natureza como materialidade corporal fértil: *‘hous começons à engender des corpos dans la culture’*, ao mesmo tempo em que podemos levar para outras esferas de autonomia operatória, para as quais novos valores ainda se construirão no processo, as mulheres e os médicos não consideram assim.

O contato sexual, o que levou à fertilização *in vitro*, são resultados do sexo, de uma certa forma, porque o sexo produz, os meus órgãos sexuais produzem óvulos, o do meu marido, o espermatozóide, então a gente usou material nosso. Agora, quando

seja por doação, aí é aquela realização muito pessoal de não ter o rótulo de ter filho adotivo e de ter aquela sensação toda de passar por uma gravidez. Agora, eu no início achei que as pessoas iriam ver assim, a primeira vez que eu fiz, que iriam olhar por outros olhos “ah, porque foi feito em laboratório”. Não foi feito em laboratório, foi tudo meu, só ficou no laboratório, em vez de eles ficarem direto no útero, eles ficaram dois dias lá pra ver se estava tendo as fases normais que iriam ter dentro da minha trompa até chegar no útero, então eles passam pelo laboratório e depois eles vão pra dentro de mim, quer dizer, tiveram dois dias fora, que antes eles nem estavam no útero, quando é uma gravidez normal eles ficam na trompa até chegar no útero, e leva de dois a três dias da trompa até o útero, às vezes até uma semana, então essa fase é que eles ficam lá (entrevista 21, Mônica, casada com Nando).

É natural e conta com o auxílio divino, os próprios médicos revelam a necessidade de Deus durante o procedimento.

Eu penso que a ciência e a natureza e Deus, porque é aquilo que eu te falei, continuo achando que a palavra final é de Deus, porque os médicos, estatisticamente, eles não entendem como é que uma mulher que tem todas as condições não fica e outra que tem condições muito piores fica. Tanto é que no dia [...], tanto o doutor [...] lá dizia pra rezar e tal, eles têm muito essa coisa de Deus, porque o [...] também, fez a posição da mão na hora que colocou, que eu fiquei 40 minutos lá deitada, fez a posição da mão, acho que rezou ou eu rezei também, então assim, eu penso assim, o homem evoluiu por essas razões, quer dizer, de repente eu resolvi ter filho mais tarde e já a natureza não me favorecia, mas aí eu não acho que seja uma coisa [...]. tanto é que eu não tenho nenhum pudor de falar com as pessoas de que eu fiz. Antes mesmo de eu saber que eram três, eu podia...estou grávida e não dizer, eu estou grávida, pode ser mais de um, porque eu fiz fertilização, eu dizia, porque pra mim isso não é um segredo. Porque, assim, se eu estou tentando ter um filho, vai ser meu filho, filho do meu marido, vai ser criado na minha barriga, eu não vejo porque isso não possa ser natural. (entrevista 23, Tereza, esposa de Kauli).

No centro das discussões sobre as NTRc se encontra uma polarização entre a técnica e a natureza, que às vezes é mais radicalizada, outras vezes aproxima os extremos em torno da idéia de relação de ajuda, categoria sobre a qual agem os médicos, ao mesmo tempo em que é absorvida também pelos casais para justificar o tratamento.

Tomado o processo de “tratar” para engravidar, observa-se o fato de que, por um lado, o uso das NTRc representa uma perda de controle do coletivo para o individual, carregando estas o símbolo de uma sociedade onde o individual prima sobre os interesses coletivos (ROTÂNIA,1999). Ao mesmo tempo, são vistas como técnicas que exercem uma ação irresistível sobre os que fazem da busca pelo filho a única saga durante um período significativo de suas vidas. Seu poder de atração é difícil de ser contrariado, entre outros fatores, porque os médicos e outros especialistas da pesquisa, juntamente com a mídia, criam esperanças para as mulheres que se encontram fragilizadas com o desejo do filho e as cobranças sociais sobre o valor da maternidade biológica.

Se, por um lado, essas NTRc são práticas médicas, por outro elas também são práticas discursivas. Como práticas, elas podem servir aos interesses dos médicos e dos casais. Elas podem tanto lhes prestar um serviço, como um desserviço. Assim, as técnicas se apresentam como instrumentos nas mãos, ou na boca de pessoas, ou de grupos que defendem às vezes interesses divergentes. Elas são sempre inseridas dentro de relações de poder que se opõem ou podem opor diversos grupos entre si.

De uma parte, as mulheres, ou os casais e os médicos e, de outra, a autoridade da lei, quando ela existe. Dentro dessa posição encontramos um conflito entre duas lógicas, a esfera privada, o lugar da autonomia, e o lugar da dominação em nível global, a saber, o mercado, os bancos de espermas, as universidades e centros médicos, a conduta das pesquisas e o treinamento, as associações dos médicos, o controle dos serviços, as apólices de seguro, elementos constituidores de uma longa lista de poderes, que segundo Beck (2000), jogam com grandes interesses.

Esta relação não é imaginária, é uma prática concreta que alcança um objetivo e engaja as pessoas. A intenção anima as pessoas que estão em causa aqui. Assim, as tecnologias são apresentadas como as técnicas oferecidas pela medicina às mulheres e aos casais, que as utilizam, nesse caso, para alcançar um objetivo consistente na realização de alguma coisa no casamento, um filho genético.

A indeterminação relativa ao objetivo de alcançar ajuda da técnica é importante dentro da representação, porque a procriação, e o que a ela se acerca – a relação conjugal, as razões do querer procriar – nascem da vida privada, e, segundo os casais e médicos, não podem ser subsumidas à aprovação de qualquer autoridade exterior ao casal. A família nuclear como o lugar da procriação social é sancionada, e a retórica da benevolência, unida à carência de avaliação crítica, dá à linguagem um valor material estruturado como expressão das prioridades e da consciência daqueles que as inventam e as utilizam.

Se as técnicas são oferecidas, o recurso às técnicas é então uma escolha mediada pelo médico que as acessa. Porém a ação realizada com as NTRc pode assumir características de assistência ou de práticas reificadas, segundo suas condições, segundo o modo de ser do médico. Numa visão bem liberal, os médicos servem às mulheres, ou se servem delas pessoalmente, gerando impactos sobre a saúde e a autonomia das mesmas.

As NTRc como práticas médicas, comportam uma ambigüidade, sem colocar o acento sobre a “alta tecnologia”; a tendência atual consiste, entretanto, em associar as NTRc ao progresso e de qualificá-las como interessantes. Elas se colocaram em função da separação que representam, em relação ao ideal da procriação, como um ato humano mais do

que técnico, e em função da separação entre elas e as mulheres, a qual pode ser medida na quantidade de intervenções e seus objetivos sobre o corpo.

Ao mesmo tempo em que são algo ‘penável’ para as mulheres, elas permitem confirmar ou reiterar as ligações com os outros, acrescentando-lhes valor. Elas agem sobre o desejo de ter uma família, em particular para os homens, para quem ter uma família conta mais fortemente, e também são uma expectativa social, ao mesmo tempo em que são apresentados como um dado natural ou biológico, independente do contexto social. Nas abordagens médicas o instinto biológico é tomado em sua urgência para se reproduzir independente do social, ele é apresentado como uma explanação do desesperado desejo do infértil para procriar com sucesso. É o desespero instintivo biológico da mulher quem mediatiza, em primeiro plano, a intervenção sobre a natureza a ser saciada.

Focar o desespero da mulher, particularmente no caso dos médicos, afeta a formação da opinião pública e o debate sobre as NTRC, permitindo a aprovação social, tal qual também estudado por Franklin (1990) nas representações populares inglesas.

De um lado, temos o sujeito dessas práticas como um sujeito político, livre e autônomo, portador de direitos. De outro, ele é portador de sua fabricação subjetiva, por meio de múltiplos dispositivos disciplinares (Foucault, 1990).

Esse tema faz sentido somente a partir da teia de significados e relações sociais que o sustentam e que sustentam o contexto das biotecnologias, dos casamentos, das repostas dadas por cada um às questões familiares e sexuais. Além de que a subjetividade da mulher é construída sobre uma demanda: “quero ser mãe”, demanda que é representada como a essência do seu ser. Nesse caso, ser mãe é inerente ao seu ser, inscrito em si como instinto e energia vital capaz de conduzi-la à ação.

Isso se contrapõe aos estudos sobre maternidade contextualizados, pela história e pela antropologia, a partir de diferentes sociedades, que apontam para uma relativização das essências, marcando a construção cultural dessas escolhas.

Conforme já dissemos no início, em nosso capítulo teórico, os conceitos de natureza e cultura são bases sobre as quais constrói-se também um entendimento de gênero e sexo como categorias dicotomizadas, na medida em que gênero é uma construção que se dá a partir da cultura e sexo permanece sendo atributo biológico.

Constatamos em nosso material empírico, que essa dicotomização se coloca nas falas sobre maternidade que são construídas a partir de um entendimento de natureza como corpo feminino essencializado no papel da reprodução biológica e onde a filiação é construída sobre bases igualmente sanguíneas/biológicas.

A dicotomia não significa, contudo, separação radical em duas esferas positivas e negativas estanques. O que percebemos é que o entendimento de corpo reprodutivo é o fértil como normal e natural. Isso estabelece uma continuidade de significados sociais, culturais e políticos que amparam a crença na necessidade de investimento tecnológico sobre as falhas da natureza, configurada para os médicos e homens, em particular, como relação de ajuda.

Trabalha-se sobre um padrão conceitual universal de corpo fértil, em contextos de corpos de homens e de mulheres que, em relação, não são férteis, e que também são diferentes entre si, estabelecendo, desse modo, a exigência de investimentos diferentes em se tratando de corpos diferentes.

Pressupondo a diferença dos corpos, para os diferentes tratamentos eles são tomados como categorias estanques e essencializadas em função do seu papel reprodutivo. Esquece-se, desse modo, que os corpos estão em relação e foca-se o corpo feminino como o prioritariamente dependente de tratamento, ofuscando a condição relacional de gênero, nascida exatamente da constatação das singularidades e diferenças, nos tratamentos desiguais dispensados a homens e a mulheres.

Desse modo, a categoria da diferença é construída sobre uma lógica essencialista de louvor à função social da maternidade, na medida em que não inclui outras possibilidades opcionais para as mulheres, em sua relação de mundo.

A técnica entra como prática que reforça a inabilidade biológica para a reprodução como uma condição de falta, não apenas do corpo, mas de toda a sociedade, que assim não cumpre sua funcionalidade reprodutiva. A ciência e a tecnologia médica legitimam-se enquanto tecem uma linguagem de apagamento dos sujeitos, que é expressada no material utilizado, seja material puramente tecnológico, sintético, ou material humano (partes do corpo das mulheres, como os óvulos, e partes do corpo dos homens, como os espermatozoides), que são reunidos como peças de órgãos reprodutivos, ao mesmo tempo em que a linguagem social fala de ajuda para fazer um filho.

Apagam-se, também, por um lado, outras possibilidades viáveis para o social, como a adoção, além de desconsiderar as diferenças dentro da diferença, presentes no desejo e nas práticas sociais, ou seja, os casais que não querem filhos ou os pais gays e mães lésbicas, somadas à impossibilidade de outras formas de parentesco que ficam obscurecidas. Adiciona-se ao social pressuposto, representações de infertilidade desenhadas sobre a ideia de que outras possibilidades não são naturais e que o biológico não pode ser esquecido. Além disso, a infertilidade é geralmente descrita como desespero e sofrimento e o tratamento como alegria e esperança. Mas, por outro lado, esse anteparo sobre o biológico permite a

expansão das tecnologias, que, ao falarem sobre outra realidade, não teriam legitimidade social, apresentado-se como artificiais, passíveis de mudar o genético, caras, industrializadas e voltadas para o comércio.

O desejo de ter uma família passa a não ser apenas representado pelos níveis mais elementares do desenvolvimento tecnológico na família, mas é concretizado no interior de um exercício de poder biotecnológico/molecular, através de novos conhecimentos genéticos e moleculares, insistentes sobre o discurso de que o biológico urge, e que o desespero dos casais precisa ser sanado para que cessem as pressões sociais e sejam felizes.

Essa insistência no biológico como forma de legitimização das relações com as tecnologias se constitui sobre uma falsa realidade, não permitindo à sociedade ampliar novas concepções familiares e parentais, senão aquelas da consangüinidade, focada no casal reprodutivo. Esta é uma falsa realidade, se considerado o campo da biotecnologia, onde as consangüinidades já foram superadas pela intervenção tecnológica. Focar sobre o familiar biológico permite a ação das tecnologias sem a explicitação dos traumas e possíveis mudanças genéticas/moleculares, já no presente e sobre o futuro das gerações.

Outro dilema é o da relação entre a reprodução e seus elementos: se tomada apenas como biológica/genética, do casal, neste caso todos compartilham do que é conhecido; contudo, se ela introduz novos elementos de fora do casal, (doação de material de terceiros, por exemplo) ou das sínteses biotecnológicas, isso demanda novas conformações sociais.

Para Vandelac (1996), as descobertas que permitem congelar células-tronco, com a perspectiva de as transferir para outros animais, podem abolir as fronteiras da espécie humana e o que foi denominado de natureza humana. Segundo ela, a fecundação *in vitro* e a inseminação artificial, embora pensadas como práticas relativamente simples ou banais, são responsáveis por milhões de concepções humanas no planeta. Elas já começaram a alterar profundamente a reprodução da espécie humana, pois elas fazem passar da concepção por relação sexual aleatória, com outro humano, a uma reprodução programada, tecnizada, distante da sexualidade, seguidamente reduzida ao material genético (espermatozóides óvulos) ou a uma função instrumental de gravidez (mãe de aluguel ou mãe de gestação). Isso produz outras artificialidades e aberturas perigosas para a espécie humana e para as gerações futuras (LENOIR, 2001; ROUCH, 2000).

A nosso ver, esse não é o único nível de mudança possível. A própria materialidade da natureza genética, concebida até aqui como um continuum do corpo, que passa de pai para o/a filho/a ou da mãe para o/a filho/a, é rompida pela entrada de materiais genéticos externos ao casal. O material genético do casal é misturado ao material genético de outra

pessoa. A natureza continua sendo humana, mas constituída por materiais vindos de vários corpos⁶, com uma escolha consciente dos participantes. Permite-se, nessas escolhas, que uma criança seja concebida por dois ou vários indivíduos do mesmo sexo masculino e vários indivíduos do sexo feminino.

Segundo Vandelac (1996), ao mesmo tempo que, do ponto de vista biológico, as crianças são marcadas por materiais genéticos vindos de corpos diferentes, do ponto de vista social as crianças de dois seres humanos se encontram marcadas pela diferença de sexo.

No caso da reprodução assistida com doador de gameta, recolhido a milhões de quilômetros e com anos de diferença, se estiver congelado, ele pode ser tratado, analisado, congelado, selecionado, comprado e, em seguida, carregado até o lugar do seu uso. Considerado o anonimato do processo, pelo segredo sobre de quem é o gameta e de onde veio, inviabiliza-se qualquer possibilidade de contatos futuros. Esquecem-se mesmo as relações entre doador ou vendedor de espermatozoides e óvulos. Como resultado, a metade dos traços genealógicos da criança são esquecidos. Então a injustiça é reforçada, segundo Vandelac, pelas metáforas médico-administrativas, que transformam os gametas em medicamentos para poder conviver com as cesuras do tecido social. Isto não permitirá divulgar, no futuro, a origem genética da criança, embora pensemos ser este um assunto polêmico. Consideramos também que, ao introduzir várias diferenças corporais no mesmo processo da concepção, estamos interferindo radicalmente no modo como esse ovo ou zigoto foi constituído.

As condições da emergência dessas situações corporificam novas possibilidades na materialidade dos corpos e igualmente subjetivam novos sujeitos, o que nos permite conhecer outras racionalizações, marcadas e formadas por outras materialidades e outras práticas discursivas.

Isto faz também confusão na categoria sexo pois, na medida em que os cromossomos recebidos poderiam estar como numa sinfonia, dançando entre variantes do masculino e do feminino e de suas composições genéticas e hormonais, eles podem comportar eventualmente maiores elementos discordantes (KRAUS, 2000).

Muitos poderiam alegar que essa afirmação é loucura, porque mesmo se há vários espermatozoides, só um fecunda o óvulo. O caso é que, então, teríamos que reconhecer que, mesmo misturando, só o mais ágil poderia atingir a superfície do óvulo, onde seria apanhado por uma armadilha enzimática (MARTIN, 1999). Desse modo, daríamos ainda ao óvulo a passividade de esperar ser atingido pelo espermatozoide. Ou então não se trata nem de

⁶ Há relatos do uso de espermatozoides de vários homens, no caso da FIV, como forma de potencializar o processo.

rapidez, nem de mobilidade, critérios utilizados pela medicina para classificar os espermatozoides, e nem de capacidade de penetração, concepção já criticada, segundo a autora citada. Trata-se de relações entre trocas químicas, relações de trocas mútuas. Nessas trocas químicas, todos estariam interagindo com todos (poderíamos considerar, inclusive, as trocas entre os espermatozoides). As substâncias trocadas, ou simplesmente presentes, falam de outra complexidade e eventualmente de outros “resultados”. Parece-nos que esse espermatozoide apanhado pelo óvulo não é exatamente igual àquele depositado na vagina via ato sexual normal. Também não seria o mesmo se fosse de um único doador, porque, de todo modo, teria estado em contato com outros meios de cultura que possivelmente interagiram com ele. Isso não vai fazer nascer um “Frankenstein”, mas insere um caráter manipulador nessa “natureza” (=gametas). Se isto se der, essa base material geneticamente humana estará mais ou menos carregada de elementos vindos de outros meios químicos laboratoriais, que não aqueles gerados pelo corpo humano. A natureza transforma-se em metáfora da técnica e a técnica (meios de cultura, enzimas), transforma-se em natureza.

Segundo Strathern (1992), desse modo os conceitos de natural e artificial não se sobrepõem ou interpõem, mas um aparece para alcançar, ou rodear, incluir, cercar, encerrar o outro. A distinção entre máquina e corpo por muito tempo sustentou a diferença entre natural e artificial, segundo a autora, mas a tecnologia não sustenta a mesma distinção. O mesmo ocorre com a cultura, que, para ela, consiste na forma através da qual as pessoas estabelecem analogias entre os diferentes domínios de mundo. Seja por conexões ou por contrastes, um conjunto de ideais sempre pode ser desenvolvido para representar outros.

Segundo a autora, o corpo, mesmo sendo vivo, pode ser conceitualizado como máquina. E a máquina, sendo marcada pelo trabalho, pode ser conceitualizada como corpo. No século 20, corpo e máquina têm promovido metáforas paralelas para o conceito de cultura. Tudo o que temos é resultado da atividade humana sobre os fatos – há uma tecnologização da natureza.

A natureza se torna um departamento da atividade humana e nós descobrimos que ele nunca foi autônomo. O mundo “natural”, incluindo os fatores da biologia humana, não é, no final do século 20, dado como garantido, mesmo que a cultura seja redefinida. Suas características distintivas como atividade humana, trabalhando contra o que é dado como natural, parecem pertencer ao passado. Nesse sentido, segundo Strathern, nada está mais perto da erosão do que o conceito de natureza. A tecnologia aparece, não como um serviço para a produção industrial, fazendo máquinas de trabalho, mas como a serviço da reprodução humana, fazendo corpos viverem. No passado o ser humano era considerado naturalmente

fértil, e os atos de procriação eram normalmente considerados naturais. Hoje, se a natureza não pode dar, nós podemos “ajudar”, como dizem os casais e médicos; conseqüentemente, doação de espermatozóides ou óvulos, estimulação ovariana, fecundação in vitro, são formas de remediar a natureza, fazendo o corpo. A FIV ajuda a natureza, então ela não é um autônomo domínio da atividade humana, ela é responsável pelos próprios fundamentos do processo natural. É o desejo humano como escolha sobre o fazer ou não fazer que dará as inúmeras possibilidades ao presente e ao futuro.

Ocorre que a natureza auxiliada/assistida, compromete a definição de natureza como condição de vida em que ocorre a ausência de intervenção. Pergunta-se o que de fato é dado pela natureza e o que é circunscrito pela capacidade tecnológica corpo e máquina. Esses domínios foram formalmente conectados, contrastados por analogias e eles provêm diferentes aspectos da natureza humana. Esse metafórico status aparece agora como exposto à invasão (STRATHERN,1992).

Como entender gênero se essa base material se apresenta tão fluida (vários homens doaram seus gametas para fazer um bebê). O ponto de partida para gênero não é mais o da natureza essencializada no biológico fixo e imutável. Deverá ser o da natureza fluida, que se constrói e reconstrói em cada movimento do próprio processo, de modo que se transforma em níveis variados com intercâmbios e interstícios. O ponto de partida para gênero são os poderes e as hierarquias que se constituem, na tentativa de expressar a potencialidade masculina diante da inatividade do óvulo, que sempre é penetrado ou perfurado, mesmo se a própria biologia já apresentou outras concepções sobre esse processo, segundo Martin (1989).

Desconstruir esse entendimento compreendendo as sinergias, as trocas e as transformações do processo físico e químico entre óvulos e espermatozóides, poderia ser útil para recolocar as práticas em reprodução assistida numa linguagem menos de espelho e mais de sinergias mútuas. Se tivéssemos entendimentos mais fluidos sobre o biológico, o sangüíneo, o genético, poderíamos quiçá usar o que já existe sobre outras mulheres, ou sobre outros embriões, ou sobre o adotar crianças, e desfocar os apelos ao biológico e ao genético, como formas comuns de explicar o processo no interior de um contexto que já modificou os pressupostos.

Quiçá não seria o caso de considerar o que Dhavernas (2002) nos diz, sobre as dificuldades que nós temos em romper com antigas concepções e aproveitar das “novas” realidades para eliminar de uma vez por todas as noções de continuidade. A perenidade existente dentro dos modelos espontâneos é sentida como necessária, cuja evidência no que se refere à maternidade não é desprezível no pensamento patriarcal. Lugar da fala de onde o

feminino é associado à desordem e ao caos e o maternal representa a permanência e a imutabilidade. Ambos coexistem, por sua vez, dentro da essência atribuída às mulheres, e à medida que nos posicionamos contra outras possibilidades, poderíamos, segundo ela, estar mantendo todas as dicotomias, com suas essencializações sobre o corpo.

As características ocidentais sobre o masculino não o desvalorizam. O status social e simbólico da paternidade se acorda ao do homem, na medida em que ele é atividade e vontade. Desse modo, a dicotomia que é agredida nos avanços da medicina em matéria de procriação, é aquela da perda da identidade humana e do seu sentido de continuidade, associada à dicotomia sexual e do corpo feminino. Colocam-se em evidência idéias como a de desumanização, de perda da identidade humana e age-se como se e as modificações parciais desses processos de reprodução em proveito da técnica, estivessem colocando em jogo o núcleo constitutivo do humano. À medida que esses processos são assim criticados, talvez o que queiramos, sob a forma de busca de proteção e de evitação dos riscos, é manter as estabilizações e o senso de continuidade.

Segundo Vandelac, talvez precisássemos recorrer a Lacan para entender a especificidade do humano sob os efeitos da linguagem como uma via que elimina todos os biologismos, sem fazer impasse sobre a materialidade corporal. Assim talvez pudéssemos sair da angústia da perda do biológico e do sentimento de identidade humana ameaçada.

O biológico, ao mesmo tempo em que está sendo minado pelas biotecnologias, está também sendo invocado pelos casais, e assim são mantidas as constantes sociais (NICHOLSON, 2000). Isso parece ser apenas uma necessidade produzida pelas relações sociais e familiares de continuar a olhar e a falar sobre algo de modo funcional, desconsiderando o envolvimento de muitos outros fatores, e eles poderiam talvez incluir exatamente o contrário, as desessencializações, se conduzidos dentro de outra perspectiva.

Então poderíamos concordar com Stolcke (1998): a dissociação do natural, e portanto universal e imutável, das ordens simbólicas arraigadas na cultura, por isso variáveis, permitiu conhecer a enorme diversidade histórico-cultural dos sistemas simbólicos de gênero. Porém, ao prestar atenção privilegiada às construções simbólicas de gênero, colocou-se a pergunta fundamental acerca de quais as relações entre elas e as diferenças de sexo.

A um nível puramente biológico, as diferenças de sexo são inevitáveis e indissociáveis de uma demarcação discursiva. Porém, ao ser uma dimensão da vida em sociedade, não há sentido em pensá-las à margem da sociedade, pois elas adquirem significados culturais que podem transformar-se em potentes causas de dominação.

O entendimento da concepção como natureza que é ajudada pode, ao mesmo tempo que recicla continuidades essencializadas no corpo feminino, permitir a relativização como escolha (STRATHERN,1991), na medida em que ganha muitos outros significados, a depender da cultura . Para Delaisi De Parseval e Janaud (1981), a história humana é a história em que a concepção sobre a natureza se encontra dentro da ordem simbólica e da linguagem. É assim que uma criança não é filha de sua mãe porque ela saiu de seu ventre, mas porque a sociedade assim o faz. A sociedade faz de sua geratriz a sua mãe. É a sociedade que o faz, como supremacia da cultura sobre a natureza. O que, para ela, é ainda mais demonstrativo se tomamos o caso dos doadores de espermas. Nem a mãe, nem o pai têm uma existência puramente institucional, ou puramente natural: a função biológica da mãe mascara o seu papel institucional. Acontece o inverso para o pai: o papel institucional do pai mascara o seu papel procriador. E é sempre arbitrário querer reduzir a maternidade ao biológico e descartar a função do pai exclusivamente para o simbólico.

O conhecimento biológico e médico é sempre utilizado por uma cultura em função dos objetivos ideológicos e inconscientes que estão envolvidos. É assim que nossa sociedade se serviu dos conhecimentos para fazer da fabricação de uma criança um afazer exclusivamente maternal e feminino, excluindo o pai, presente noutras culturas. Segundo Delaisi De Parseval (1998), para certas populações é a semente paternal que constitui o embrião. São necessárias várias cópulas para permitir o crescimento da criança, fato que às vezes leva ao abortamento espontâneo. A mãe, dentro dessa teoria, não é mais do que um receptáculo. Ela deve receber as relações do pai, ou dos vários pais, para não correr o risco de deixar a criança sem alimento, e fala-se de vários genitores.

Entre os índios Mohave, dois pais se encontram em relação antagônica: um homem casado que fecunda sua esposa que mantém relações com outro homem. Existe, nesse caso, um conflito de paternidades que às vezes é violento. Embora, os homens Mohave acreditem ser o pai só o homem que habita mais tempo junto de uma mulher grávida (durante seis meses lunares), o que leva a maior quantidade de espermas e o que tem os espermas mais fortes, por isso só ele tem o direito de reclamar paternidade. Ainda a identidade do pai da criança que irá nascer não é determinada pelo coito fecundante, a identidade do feto pode ser ela mesma modificada radicalmente se a mulher tem relações regulares, durante os primeiros meses de gravidez, com outro homem que não aquele que a fecundou. Os Mohave comparam o fornecedor de esperma a um oleiro que molda a argila. Quanto mais ele coloca esperma, mais forma o embrião, ele o modela verdadeiramente à sua semelhança. E este é aquele que é verdadeiramente reconhecido como pai, porque ele nutre a criança.

Não se trata, portanto, segundo Vandelac (1996), unicamente das mudanças biológicas, mas de mutações de sentido e de finalidade do gerar, da maternidade e da paternidade. Assim, para além da banalização midiática, na qual os gametas são cercados, dados, vendidos ou trocados em seu potencial reprodutor, isto implica todo um tecido de relações com o vetor de sentido que é a filiação, que não se assemelha ao dom de sangue ou de órgãos. Nesse caso, não cabem somente as paródias e o voluntarismo da generosidade, às vezes pervertida e habitada por fantasmas e pelo poder. Reduzir a gestação de um filho a substratos biológicos e a vida humana potencial a um dom de material, é ignorar a frequência dos enganos psicológicos ligados à filiação e/ou ao não dito, não apenas para os adultos misturados nesse comércio, mas sobretudo para os descendentes, dos quais os dramas psíquicos começam a emergir no momento mesmo em que eles estão em idade de procriar.

Além da necessidade de considerar os aspectos que dizem sobre a fertilidade humana, não apenas como um fenômeno biológico, e sim mas como o resultado de um conjunto de elementos que se apóiam no corpo real, mas que têm sua origem, ou implicam registros diferenciados e que fazem parte de um conjunto de significantes inconscientes, de acontecimentos simbólicos, de elementos reais ou imaginários que caracterizam a subjetividade.

Chatel (1998), que observou as mulheres em tratamento no meio hospitalar em Paris, nos diz que a mulher, freqüentemente, realiza uma conexão inconsciente com seu pai. Para o homem o desejo de filhos é mais seguidamente o desejo de encarnar esse símbolo do dom criador, embora seja necessário contemplar as particularidades de cada um. Para a mulher um sintoma surge como réplica de uma palavra ou de um ato médico, mas ele esconde um outro e ainda um outro. Cada sintoma será como uma tentativa, para a mulher, de satisfazer um sonho que ela supõe ser também o de seu médico. E a maquinaria médica os trata do seu modo, como num diálogo de surdos, que desconsidera os inúmeros fantasmas do homem, da mulher e dos seus familiares além do contexto da gravidez, ou ainda a acolhida do bebê ao nascer, ou a acolhida subjetiva do embrião no útero. Igualmente os estudos de Mieli (1998) apontam para outras razões subjetivas presentes na “infertilidade corporal”, razões de ordem não-orgânica que podem resultar em infecundidade.

A medicina da procriação, segundo Chatel (1998), reduz a divisão dos sexos a uma questão de realidade de substâncias e de órgãos. Essa ciência se esforça para ignorar que a identidade sexual é um agenciamento particular que se edifica no discurso de filiação. Se a procriação é pensada em termos de manipulação de substâncias, o desejo é simplesmente apagado dentro dessa lógica, ele é excluído da aventura procriativa.

Em termos daquelas vidas individuais, escolhas são feitas, pessoas constroem decisões sobre a procriação no contexto de uma expansão de possibilidades. As arenas de decisão têm proliferado. Há novos domínios e novos atores sociais envolvidos, novas alianças da medicina, com outros atores e leis, para não falhar no mercado. Assim, novos interesses são investidos nos caminhos das pessoas que constroem parentesco. O fato de que as tecnologias estejam focadas sobre parentesco não quer dizer que estejam focadas sobre valores tradicionais.

Em nosso estudo, os médicos falam do desejo de filhos das mulheres, as mulheres falam do desejo de maternidade, os homens querem o filho do próprio sangue – são falas carregadas de ambigüidades e contradições. Ao mesmo tempo, são aproximações desesperadas de inclusão nas possibilidades tecnológicas e de garantias para o social, de que o desejo é legítimo, de que eles buscam criar uma família, restaurar a harmonia conjugal e sexual, de que terão um filho genético, o que também assegura a diminuição de riscos para as relações sociais futuras.

Creemos que essa insistência sobre o biológico deve-se não apenas a uma história passada relativa à maternidade e aos laços consangüíneos, mas se recoloca no campo das tecnologias genéticas e moleculares, particularmente, no nosso caso, com tanta insistência na reprodução assistida. Isso porque, à medida que o que foi tomado até agora como fato natural, mesmo se marcado pela desigualdade de gênero, é invadido por essas novas possibilidades, o ser humano antecipa suas certezas de que está perdendo dimensões que eram importantes para ele e quer assegurar um nível mínimo de identificação pessoal e social: o biológico, nível sobre o qual sabe falar porque conhece. Os outros níveis, ligados aos processos genéticos, às tecnologias moleculares, são hierarquicamente dominantes e são prioritários para os eventos da fertilização, mas marginalizam gradativamente os corpos dos envolvidos e carecem ainda da construção de novos sentidos, capazes de inserir novos valores sobre a família e o fazer filhos.

Se os corpos não contam, será difícil para qualquer um que se envolva com essas tecnologias, elaborar uma nova dimensão de participação e fazer sentidos novos, que não aqueles já conhecidos. Desse modo, pode-se separar o corpo em diferentes partes desconectadas nos procedimentos de fertilização *in vitro*, e igualmente pode-se separar a sexualidade da reprodução, mas ainda é difícil separar a busca de filhos das idéias que garantem sua prática tecnológica, como o reforço à família e à maternidade essencializada no corpo da mulher.

As narrativas da reprodução assistida como ciência natural a serviço de uma família natural, abrem reconhecidas e tradicionais convenções. Nelas estão imbricadas as instituições e a organização social, como sistemas políticos e econômicos, influenciando normativamente, tentando limitar e conter as possibilidades metafóricas individuais dos símbolos culturalmente disponíveis, que evocam representações simbólicas enraizadas em nossa cultura ou fluidas nas expectativas vindouras.

Segundo Franklin (1995), uma expansão do parentesco é então efetuada, como um milagre alcançado pela tecnologia, derivado de um número de contribuições vindas de partes previamente envolvidas na concepção de novas pessoas. Daí o estado tem um “parental” interesse na origem de todos os novos indivíduos nascidos através do uso das técnicas de reprodução assistida, a clínica torna-se o *site* dos atos procriativos, e os clínicos os atores do fazer concepção, mesmo quando os significados de maternidade, paternidade e família variam com a cultura e de acordo com o contexto de diferentes períodos históricos.

Uma mulher que entra num programa de reprodução assistida entra na esperança de vir a ser mãe. Uma das condições de implementação da reprodução assistida é a de que o termo maternidade seja usualmente ampliado para uma mulher cuja relação primária com a criança é biológica. Assim sendo, segundo Crowe (1990), a FIV é uma tecnologia para a social condição da ausência de crianças, mais do que para a condição biológica da maternidade. Com a FIV a questão do social significado da maternidade é reforçada. Esse reforçamento pode marcar uma maior dificuldade de vislumbrar ou realizar potenciais para mudar o lugar das relações com as crianças, com seus parentes ou a responsabilidade sobre os seus cuidados.

Essa percepção de mulheres e a falta de crianças é mais visível em um certo contexto familiar nuclear. A FIV é corretamente recomendada para mulheres casadas, e a família nuclear é o *locus* socialmente sancionado e por meio dela é reforçada. A reprodução assistida reforça a conceitualização da ausência da criança em termos de uma ausência biológica para a reprodução.

Mas, além desse aspecto associado às necessidades do indivíduo, a sociedade poderia forjar outras razões, como as apontadas por Crowe (1990), para a reprodução. Dada uma circunstância em que haveria uma ligação da mulher com a responsabilidade do cuidado na comunidade, a mulher pode sentir que a demanda se constrói sobre ela, havendo uma criança não restritiva à sua realização, mas à de todos.

A FIV é endereçada para a construção social da ausência de crianças, além do específico parâmetro da biológica inabilidade. A situação da infertilidade e fertilidade

exclusivamente com a discussão da relação biológica exemplifica, valores dominantes ao redor da família e da sexualidade nuclear. O casamento e a social estrutura da família nuclear estão baseados sobre a ideologia heterossexista, que pressupõe relações entre sexualidade e reprodução, na progressão linear da vida, que exige casamento e depois filhos, e na qual sua ausência implica infelicidade.

Isso, no entanto, não se dá em desconsideração a uma emergente narrativa que descreve e privilegia o genético. A partir do momento em que a vida é objeto de um regramento técnico, ela não pode simplesmente ser esse sagrado que merece respeito absoluto, por ser suscetível de racionalização, não menos arbitrária.

Por outro lado, essas mudanças técnicas no campo das inovações tecnológicas reprodutivas fragmentaram a “natureza”, provocando uma invasão no corpo e em seus processos fisiológicos. Desse modo, a destradicionalização e os efeitos da tecnologia misturam-se intimamente (GIDDENS,1995), à medida que essa natureza é refeita.

Ao mesmo tempo a dessacralização do cosmo nos séculos modernos está acompanhada de uma rápida desagregação das estruturas mentais. Mesmo se, do ponto de vista da análise e da cultura/social, encontrarmos elementos de um universo mágico e de um pensamento analógico que nos reportam para um mundo onde a terra-mãe, conforme desenvolvidos por Gélis (1984) era a origem e o fim de todas as coisas. Não podemos, no presente, contextualizado nas explicações tecnocientíficas, manter as explicações e percepções sobre a infertilidade presas à estigmatização, que no limite é ainda sacralizadora da complexidade das relações entre o homem e a mãe primitiva, entre o corpo do homem e o corpo da terra, em relação de correspondências.

Desse modo, formar um conceito casal infértil é também introduzir instrumentos técnicos adaptados a uma nova natureza, o corpo masculino com suas patologias reprodutivas, ainda que só apareça no híbrido “casal infértil”.

Todo grupo humano e toda sociedade têm seu projeto, suas regras, seus interditos sexuais, seus costumes, que determinam a maneira de transmitir a vida. Considerando que nada sobre a fecundidade de uma população pode ser apreendido independente de sua cultura é que fazemos estas observações.

Num contexto em que a tecnologia se propõe a solucionar todos os problemas, continuar estigmatizando é aceitar o limite do processo de dessacralização. Reconhecer a interferência tecnológica sobre a natureza, que neste caso é representada como aquela que precisa de ajuda, é entrar nas promessas de felicidade oferecidas pela tecnologia. Não se

trata, de maneira geral, de um domínio da natureza pela cultura tecnológica, mas de lhe oferecer um auxílio para que ela revele sua potencialidade.

[...] Eu diria que reprodução humana assistida é a forma brilhante que o ser humano encontrou pra reparar um problema acarretado pela natureza ou não pela natureza. Nem tudo que a natureza criou é perfeito, às vezes vem com defeito e aí o ser humano, na sua genialidade conseguiu desenvolver métodos pra deixar o ser humano mais feliz (entrevista 4, Dr. Antony).

No desenvolver de uma sociedade que politizou, embora não de uma forma ampla e irrestrita, o “lugar do privado”, onde os movimentos por direitos sexuais e reprodutivos, as lutas anti-discriminatórias trouxeram à luz as formas de opressão, é necessário inovar. Como manter as responsabilidades e as culpabilizações a respeito da infertilidade centradas nos órgãos genitais femininos e tratar o “fenômeno” como sendo da mulher? Assumir o problema desse modo, para o campo da medicina, é dar continuidade às inúmeras práticas médico-científicas que mantiveram a ignorância sobre a realidade dos fenômenos ao longo do tempo. É a negação da própria idéia de progresso e avanço tecnológico, tão cara à modernização pós-revolução industrial. A continuidade da crença tecnológica implica também sua relação com as concepções de mundo e a cultura que a sustenta.

Como podemos gerar tecnologias genéticas e moleculares que pressupõem uma transformação da própria natureza e continuar estigmatizando a infertilidade como se ela fosse castigo divino, figueira infértil, mau olhado, elementos comuns de uma cosmologia rural ligada a outras épocas de nosso passado, e presentes ainda em nosso imaginário popular. Pensamos que a categoria *casal infértil* permite conectar sentidos do passado com as novas necessidades da ciência e da demanda social, e permite passar de uma desigualdade para uma aparente igualdade.

VI capítulo

Ética/bioética feminista: a percepção dos casais e o poder da medicina

Além das relações entre natureza e cultura tecnológica, resta-nos ainda discutir quais as vinculações entre a busca do filho através da tecnologia reprodutiva e os aspectos éticos/bioéticos envolvidos nessa busca. Resgatamos nesse capítulo as questões teóricas presentes no capítulo I, e enfrentamos um dos principais problemas de nosso trabalho que é o de detectar quais são os aspectos que dizem respeito à ética/bioética, e como eles se relacionam com a percepção e o significado dos riscos, e com as relações de gênero, nas escolhas por essa forma de tratamento.

Partimos do pressuposto de que problemas éticos/bioéticos na reprodução assistida, quando se trata da clínica, são problemas práticos e podem ser objetos que demandam respostas a partir de suas emergências práticas, ou a partir da concepção que os médicos e casais fazem sobre a melhor maneira de agir, em particular a partir da influência de suas convicções morais e religiosas

Dizem respeito, além disso, à tradição humanista ocidental que tem como princípios: autonomia, beneficência e justiça. A autonomia nos reporta ao direito à liberdade que deve ser resguardada a toda e qualquer pessoa. A beneficência liga-se ao promover a saúde ou não causar dano. A justiça nos leva para a questão da inclusão/exclusão e diz respeito ao afetivo acesso aos recursos de saúde, constitui-se na vertente igualitária na bioética.

Considere-se também que, segundo Pharo (2001),¹ problemas éticos/bioéticos, não são apenas problemas práticos, que podem ser resolvidos na urgência de uma situação particular. Eles são também problemas teóricos concernentes à doutrina e que podem impor-se à formulação do bem e do mal, da lei moral ou jurídica, em todas as situações objetivas ou científicas nas quais se sustentam.

Para o autor, há dois modos de tratar as questões sobre a ética médica. 1) O modo que é diretamente ligado à prática, que parte das técnicas e do conhecimento existente para se interrogar sobre os direitos, as conseqüências e os limites ao colocá-la em marcha. Esta aproximação é muitas vezes ofuscada por questões gerais como: O que é um ser humano? O que é uma pessoa? O que é um embrião? Mas seu objetivo é de esclarecer os princípios e, principalmente, de ter em conta a orientação da ação. 2) A outra aproximação ensaia o

¹ Agradeço imensamente a Patrick Pharo por esta idéia que se encontra em notas de exposição do dia 9/10/2001, em seminário apresentado no CNRS-CERSES/IRESCO/FR.

contrário, atacar diretamente as questões de filosofia do homem, com o objetivo igualmente de orientar a ação, mas sobre um plano que é às vezes político, configurando seu aspecto coletivo. Nesse caso, podem-se levantar perguntas relativas ao eugenismo ou à unidade da espécie humana, além de questões metafísicas. Problemas bioéticos abarcam, conforme dito por Berlinguer (1993), questões da vida cotidiana, da deontologia, da legislação e da filosofia.

Para nós não é fácil cumprir o objetivo de identificar os aspectos éticos e bioéticos envolvidos em realidade tão complexa e, particularmente, tão confusamente “misturada” e ambígua, como é o campo das NTRc, no Brasil.

Mas, para não nos perdermos em delongas infinitas, focaremos aqueles aspectos que aparecem nas entrevistas e que caracterizam, de certo modo, nosso material empírico, aspectos inseridos nas discussões mais gerais sobre bioética, particularmente a bioética feminista, conforme delineada no início em nosso capítulo teórico.

O primeiro ponto que nos chama a atenção ao tomarmos em conta as justificativas médicas para realizar a reprodução assistida é que encontramos, conforme já dissemos também anteriormente, uma série de apoios de linguagem e ao mesmo tempo de entendimentos que permitem a continuidade dos esforços de tratamentos, ainda quando eles são difíceis. Expressões como “é o sentimento da pessoa”, “se a pessoa quer a gente vai fundo”; “a vida é efêmera e rápida”; “respeitar a verdade da pessoa” aparecem o tempo inteiro nas falas dos médicos.

Para eles, o querer do casal legitima sua prática, e é sobre o *querer do casal* que eles agem, tecnicamente falando. Diante dos impasses dos insucessos, é sempre o querer do casal que conta em primeiro plano. Entenda-se aqui *querer do casal* como realmente do homem e da mulher, porque dificilmente é possível continuar se um dos dois se recusa durante o processo, mesmo se a maior parte das intervenções se desenvolve no corpo da mulher, conforme mencionado inúmeras vezes.

O médico apresenta-se como aquele que deve manter a neutralidade, considerando sempre em suas recomendações os valores dos casais. Segundo a concepção de que a liberdade de escolha para eles é essencial, seria injusto não oferecer possibilidades de uma escolha completa, entendida como acesso a uma FIV/ICSI ou, em casos mais simples, a uma inseminação artificial.

Isto não significa, porém, como poderia sugerir à primeira vista, respeito à autonomia do casal, mas em grande parte, apenas a manutenção das condições de intervenção. Esta por si só, não garante nem saúde, nem a ausência de abusos, nem a escolha procriativa segura.

1. Comportamento médico derivante do pressuposto “querer do casal”.

a) Enquanto o casal não desistir, o médico não desiste, porque a meta é o filho, não importa quantas vezes tenha que fazer o procedimento técnico, médico, laboratorial. Isso é justificado por um entendimento subliminar explicitado deste modo: “estou tentando ajudar alguém a ser feliz.”. “Estou tentando ajudar alguém a realizar um desejo, faço tudo o que posso”. No fundo é a exaltação da maternidade como razão última do ser e da sexualidade da mulher.

Por outro lado, **a insistência, através do querer do casal**, merece uma avaliação crítica, diante dos inúmeros limites tecnológicos e dos fatores envolvidos nessa prática. Há quem preconize a legislação como saída para as situações duvidosas, mesmo que a legislação, em si mesma, nem sempre possa resolver todas as questões, porque muitas são de fundo cultural, outras dependem muito mais do bom senso. Ainda, para alguns médicos, legislar sobre reprodução assistida a partir das instâncias governamentais pode significar um retrocesso, conforme explicitado por Dr. Salvador quando perguntado sobre os aspectos que carecem de legislação.

Quer saber de uma coisa, eu não sei o que nós vamos fazer, nós vamos ter que nos curvar frente a leis. Eu tenho muito medo das leis, quando se fez a lei do código penal, 1940 e poucos, ou 1950, tu vêes que barbárie que era. Quer dizer, se fizer uma lei para esse troço aí, vamos engessar, isso vai ser muito ruim para o Brasil. Então é melhor que os órgãos competentes, tipo Conselho Federal de Medicina, cuidassem disso, porque há vinte e dois anos atrás, se você falasse em ICSI, eles diriam – esse cara é um louco. Bebê de proveta, o cara é louco. O que nós vamos ter, como é que vão ficar os clones, como é que vai ficar isso. Nós temos que ficar abertos para as revoluções, olha aqui, o genoma humano foi estudado, vão surgindo novidades brutais nos próximos anos, nós não podemos engessar isso. O Brasil é o campeão em fazer lei. A lei de informática, tu viu na merda em que deu, desculpa o termo, mas foi, foi um atraso brutal de vinte anos para o Brasil das fábricas de computação. Porque o que se fez, se jogou nas cordas, tinha reserva de mercado, ninguém fazia coisa nenhuma, se fez contrabando de computador, e foi uma tragédia isso, então eu tenho muito medo (entrevista 7, Dr. Salvador).

Essa posição é bem compreensível, se tomarmos em conta os fatos históricos. No Brasil, segundo Diniz (2000), além de a medicina reprodutiva se concentrar no setor privado, foi o Conselho Federal de Medicina (CFM) quem, pela primeira vez, regulamentou esses procedimentos. Por ser o CFM o órgão que define os preceitos da ética médica, ou seja, as regras de conduta para o exercício da medicina, ele adquiriu, na sociedade, força e legitimidade que estão muito acima de suas funções técnicas e administrativas. Sendo o

responsável pelo código de ética médica, isto sugere que ele tenha uma suposta autoridade supramoral no campo da ética aplicada à saúde, o que ao nosso ver lhe permite uma posição mais intervencionista e menos de respeito a autonomia.

Ao regulamentar os deveres e direitos do médico, as resoluções do Conselho Federal de Medicina estabelecem também os deveres e os direitos dos usuários e as regras de conduta profissional médica, que acabam por ser também o parâmetro moral de julgamento para os casos de conflito. Considera-se que a ética profissional do médico é o melhor parâmetro moral para as condutas dos envolvidos no serviço de saúde, o que reforça a autoridade médica na estrutura sanitária nacional.

b) Outro pressuposto que precisamos tomar em conta é o fato de que o médico tem sido o único profissional na equipe a estabelecer critérios de autoridade, para definir continuidades ou desistências durante o tratamento. Muitos dos casais entrevistados também delegam a ele essa decisão. Alguns médicos nos disseram, durante as entrevistas que, quando avaliam criticamente as reais possibilidades apresentadas por um casal, bem como a oferta tecnológica capaz de responder àquela demanda, podem tomar em conta a relação custo/benefício, as dificuldades econômicas do casal, bem como o seu desgaste emocional, (do médico, dos homens e mulheres envolvidos) e concluir que não vale a pena continuar, embora a grande maioria não considere essa possibilidade – apenas uma médica nos informou que ela pode eventualmente se recusar a fazer, diante de outras razões, como, por exemplo, quando se trata de pacientes portadores de doenças. Nesses casos ficam em descoberto os direitos dos demandantes e o princípio de justiça como possibilidade.

[...] em situações em que a pessoa transmite doenças. A gente aconselha fortemente a não fazer o procedimento, por exemplo, a genésia de ductos deferentes em homem, que poderá ser o fato responsável pela fibrose cística. Nesse caso, tem que orientar muito bem o paciente, porque neste caso é melhor tentar com gametas doados do que com os próprios gametas. [...] pacientes com hipertensão grave, com diabetes, quem tem arritmopatias. São situações em que a gestação vai piorar muito a saúde da paciente. Nestes casos a gente desaconselha. Ou pode optar mesmo por não fazer. Porque, como a paciente pode escolher, o médico pode escolher o paciente (entrevista 9, Dra. Rita).

c) Quando o médico não chama para si esta decisão, então ele transfere toda a responsabilidade para o casal, colocando-se no lugar da instância esclarecedora. Isso, ao mesmo tempo em que cumpre as determinações sobre o consentimento informado, pode também eximi-lo de suas responsabilidades éticas, principalmente se o casal conhece sobre os limites, sobre os riscos e sobre as incógnitas do processo e, ainda assim, deseja continuar. O médico pode alegar, até pela falta de uma equipe que pondere e verifique as reais motivações

do casal, que essa decisão está fora de sua responsabilidade. Na fala dos casais, nem sempre os interesses dos médicos são convergentes com os deles, por isso mesmo, se são classificados como instrumentos em relação de ajuda, devem ser controlados, porque é muito fácil que eles manipulem.

É muito fácil o médico te manipular.

[..] ele só fala, não foi na segunda, não foi na terceira, não foi na quarta, o cara disse, é a última. Isso é engraçado, porque você tem consciência, se você tem um percentual estatisticamente pra engravidar ou não, [...] ou você começa a questionar, mas na realidade a gente já está envolvido, você mesmo tem a sensação... Até por que eu até questionei o médico, se você faz o processo, você tem chance de 25% cada uma, não é isso?. Ele disse, “não, no todo é 25%”, tudo bem, mas é 25% cada um, não interessa... (entrevista 34/33, Ezequiel, esposo de Anita).

Entendemos que é fundamental a participação de outros profissionais que sejam capazes de ajudar a avaliar essa demanda. Ou melhor, outros profissionais são fundamentais antes desse momento, para o processo de esclarecimento. Por enquanto, a tarefa de esclarecimento está sendo desenvolvida somente por médicos, e a informação é passada para a sociedade, em geral, através da mídia, como todos os interesses veiculados pelo mercado.

Dentro do procedimento médico, o casal tem o direito, e a gente tem o dever de expor claramente todas as questões. Nós temos o dever de expor claramente a realidade. Eles têm que saber exatamente quais são as chances de gravidez. Eles têm que saber que pode cancelar ciclo. Que pode chegar com menos embriões do que precisa. Se chegar com menos terá menos chances de gravidez. Que poderá ter efeitos colaterais. Que pode ter algum tipo de risco. Eles têm que saber tudo muito bem. Eles têm que se posicionar antes se tiverem óvulos em excesso. Se eles querem congelar embriões, se eles não querem. Se congelarem embriões que responsabilidade moral eles têm com esses embriões. Então eu acho que tudo isso é o papel de quem trata no interior dessas áreas. Isso envolve toda uma gama de valores éticos. Eu acho que a gente tem um papel forte e importante em relação a isso (entrevista 5, Dra. Rosita).

Considere-se também que, muitas vezes, deixando a decisão para o casal, ele decide sem os critérios do conhecimento científico (supõe-se que a equipe deveria tê-los). Pudemos verificar entre os nossos entrevistados decisões que não se dão somente sobre a continuidade dos procedimentos, mas sobre qual procedimento fazer em primeiro lugar. “A médica queria fazer inseminação, mas nós decidimos fazer o proveta de uma vez, não deu certo, depois fizemos inseminação e deu certo”.

A inseminação artificial não me incomodava, já teve muita abertura para este tipo de coisa. Eu acho que uma fertilização *in vitro* ela incomoda muito menos do que é uma fertilização assistida (ele chama inseminação artificial de fertilização assistida). Porque você pega o espermatozóide, separa em copinho e dá para um médico, que põe numa pipeta e coloca lá dentro da mulher. Para mim é como se fosse uma

cópula artificial. Já a fertilização *in vitro* ela assume a sua artificialidade mesmo. Porque é a fertilização *in vitro* é uma coisa quase artificial, ela não é artificial. Ela só não é artificial o meu esperma e o óvulo dela. A inseminação assistida é colocado esperma lá dentro do útero para que ele se encontre lá dentro do útero, então é uma cópula artificial (entrevista 3, Gilson casado com Mirna).

Ressalta-se que não havia indicação *a priori* para FIV neste caso, e a decisão foi tomada sobre o entendimento e a confiança do casal em relação a uma determinada tecnologia, em detrimento de outra. Existem protocolos já estabelecidos sobre as indicações de uma ou de outra, ainda que a experiência clínica possa estar mostrando a necessidade de reavaliar os passos a serem seguidos, caso a caso. Aspectos que, mesmo não estando nos protocolos, podem ser discernidos por uma equipe, à luz dos resultados obtidos, a partir das experiências com o tratamento. Eles podem oferecer sucessos ou respostas não previstas, como as da superovulação. Ou ainda situações em que as mulheres resistem às orientações médicas: “Eu não escutava”, “não adiantava ele falar comigo, eu só enxergava o filho”. Além disso, um olhar interdisciplinar poderia permitir recolocar as questões sobre os limites e possibilidades de sucesso/insucesso, acompanhando a percepção das reais motivações envolvidas na busca. Embora apenas seguir os protocolos não pareça ser suficiente. Quando perguntamos sobre o modo como se toma a decisão em relação ao uso de uma tecnologia e não de outra, nos foi respondido o seguinte:

Existem protocolos estritos pra isso, isso está muito bem estabelecido, está publicado em vários livros, nós seguimos esses protocolos, ou seja, você investiga, encontra tal questão, esta questão deve ser tratada clinicamente por X meses, se não deu certo se parte pro tratamento b por mais X meses, se não deu certo se vai na inseminação, fertilização *in vitro* ou ICSI. Existem tratados de quase 1.000 páginas estabelecendo esses protocolos. Não é empírico, não é assim, “gostei dos seus olhos, então você vai pra fertilização *in vitro*, você é uma pessoa mais ansiosa, vai pra tal”, existem protocolos estritos, médicos, não é empírico (entrevista 11, Dr. Santos).

O mesmo nos foi dito pelo mesmo médico, quando perguntado sobre quantas vezes fazer uma inseminação.

Também os protocolos estabelecem isso, nós seguimos, eu sigo o seguinte protocolo, no máximo três tentativas de inseminação artificial, bem indicada dentro daqueles protocolos; se com três, se houverem três insucessos, eu não recomendo realizar uma quarta, quinta, sexta, sétima vez, por não acreditar que dará. Isto é um protocolo, há protocolos de outras instituições, de pesquisas universitárias que estabelecem até seis tentativas. Então, diante deste insucesso, propõe um método mais complexo, que é a fertilização *in vitro*, se a proposição pra fertilização *in vitro* já foi inicial ou ela é seguida do insucesso da inseminação, nós também recomendamos três ciclos de fertilização *in vitro*, entendendo que, se este casal não ficou grávido com três tentativas, uma quarta, uma quinta, uma sexta, possivelmente também não dará certo. Então, há protocolos, há fluxogramas que determinam, fez isso, não deu certo, vai aqui (entrevista 11, Dr. Santos).

Percebemos que há uma grande dificuldade ainda a ser superada, até mesmo para manter a prática estritamente orientada por meio de protocolos. O médico tem uma atitude ética diante de cada caso, quando ele se impõe o dever da informação, e de fato o faz. Mas, por outro lado, ele precisa manter sua clínica e, mesmo que a continuidade do seu trabalho passe pela credibilidade nos procedimentos, é possível que isso abra caminhos para a interferência da subjetividade na escolha da técnica a ser utilizada. Também podem haver situações em que há insistência da parte da mulher ou do casal, envolvimento emocional do médico com o desejo de filhos do casal, necessidade de divulgar o trabalho da clínica. São alguns aspectos, entre outros, que podem interferir. Nesse caso, a cumplicidade pode se dar tanto assumindo as proposições que o médico faz ao casal, quanto, ao contrário, submetendo o médico ao gosto dos casais. O fato é que, sem cumplicidade, não há como colocar esses procedimentos em ação. Isto pode estar comprometendo as ações no sentido da benevolência e do respeito à integridade do processo, conforme Bateman (1998) e Mattei (1995).

Esclarecer sobre os percentuais de sucesso e as dificuldades gerais é condição sem a qual não dá para garantir a continuidade, mas não garante por si só nem os critérios do Bem, nem da integridade corporal (PETECHESKY, 1999), e o depoimento abaixo é um exemplo de como o tratamento interferiu na integridade corporal.

Daí eu comecei a sentir, de vez em quando, umas cólicas, alteração no abdômen, dolorido, essas coisas, fui à médica e tinha um cisto na trompa e tinha esse líquido desse problema de [...] aí o médico achou que a causa de não ter acontecido a gravidez, o médico em Ribeirão, o Dr [...], que é o diretor da clínica, e ele mesmo que faz. Aí então eles consideraram que não aconteceu a gravidez porque a trompa deve ter liberado algum líquido infeccioso pro útero. Eles não viram antes, e antes não precisava da trompa, mas não viu que a trompa poderia prejudicar. Daí eles disseram assim, se tu quiser tentar de novo tem que retirar essa trompa, fazer uma laparoscopia e nessa laparoscopia já vê de que forma está a trompa e conforme for já é a fazer a retirada. Daí isso aconteceu em julho de 1988, marquei a laparoscopia e realmente a trompa estava bem alterada, já tinha cisto, estava cheia de líquido, líquido infeccioso e também ela descobriu que naquele lado do útero que tinha aquela trompa infecciosa tinha já início de esqueci o nome, a preparação do útero da mulher é quando a menstruação não desce, como é que se chama o nome? Endometriose. É, tinha um foco de endometriose, e aí já me apavorei, não quis nem acreditar na época, não pode ser, eu não tenho endometriose, porque endometriose leva à esterilização (entrevista 22, Mônica, esposa de Nando).

Os problemas, em geral, se explicitam durante o “tratamento”. Alguns dizem respeito à relação médico/casal. Outros se apresentam no momento de administrar a frustração em relação a um ciclo perdido. Como no revela a crítica a seguir, dirigida ao comportamento do médico durante a consulta. Ele atende a vários telefonemas durante o tempo em que discute o resultado de um exame de espermograma, trata da copa do mundo, de sua viagem a Paris e da compra de um carro.

Em São Paulo o que eu digo que assim tu não poderias estar tratando de um problema que para nós era daquela seriedade e você estar discutindo lá a tua, o teu ingresso para abertura da copa do mundo, pedir licença, licença, ah, yes, Monsieur, ah, o meu apartamento, ah, o meu ingresso, ok, ok, tal e tal, e a gente saindo daqui com um horário marcado de ida e de volta, quer dizer, o vôo saía daqui as 9 tinha que pegar o vôo das 14, senão não sei a que horas pegaria o próximo. Então eu achava que aquilo não era muito bem apropriado para aquela hora, daqui a pouco telefonava outro, ah, não, agora eu tou com um Galan que é um carro da Mitsubishi, não quero trocar, eu to gostando desse carro aqui, tal, tal.... E nessa hora eu podia bater na mesa e dizer, você pensa que é quem aqui? Levantar, virar as costas, chamar a imprensa, alguém iria ouvir? Oh, ele veio aqui no meu consultório e ficou nervoso, e aí ele tem 500 motivos médicos para dizer porque que isso não dá certo, e aí toda comunidade médica ia dizer que ele está fazendo um processo que a possibilidade é 20% e aí ele ia mostrar um documento que eu assinei, que eu sabia que a possibilidade era 20%, mas ninguém ia fazer, vamos dizer abrir a linha telefônica dele para dizer, oh, enquanto ele estava fazendo uma consulta para falar,... depois, não, tu fez, é, realmente, o teu nível de esperma está bom, não, o hotel fica, ah, tudo bem, saio de Zurique e vou direto, é, mas o teu esperma está bom, tá bom, ah, eu vou para abertura de der, eu saio da Zurique, ali tá pertinho, é, realmente, os espermas estão bons e tal, entendeu, então, como é que eu saio disso, então nesse outro lado que eu digo que às vezes eu tinha que ver como um psicólogo e dizer: não, vai dar certo, esquece isso aí, porque senão ia ser mais uma decepção para ela e daí ela ia se apegar aonde? (entrevista 18, Raul, esposo de Janete).

Nessa hora há muitas dúvidas, desconfianças e constatações de erros que se interpõem. Além da carga de frustração, que é imensa diante de um insucesso ou de uma esperança frustrada, quanto ao resultado de um exame ou de um comportamento médico. Esses aspectos levam os casais (quando persistem) e os médicos a refazer as regras do relacionamento e do tratamento.

Embora as condições de investigação das situações problemáticas originadas das controvérsias sobre a melhor escolha (BATEMAN, 1998) não consigam ser efetivadas, o que o médico trata de fazer, efetivamente, é o reerguimento das expectativas para poder continuar intervindo.

Essa atitude, na verdade, tem também um efeito de parceria e cumplicidade que elimina o fator crítico da parte do casal e permite ao médico administrar o risco. Em caso de insucesso futuro, ele estará protegido porque informou. Ao mesmo tempo, mantida essa cumplicidade, terá até em certo nível o apoio do casal envolvido, que poderá até dizer: “mas ele foi honesto, tentou”.

2. Relação de ajuda e limites à sua aceitação: o uso de espermatozoides e a ICSI.

Como as NTRC são utilizadas para procriar, o fato de considerá-las relação de ajuda não está isento de limites à sua aceitação. Elas apresentam riscos de excessos ligados ao desconhecimento sobre o seu desenvolvimento, que não é controlado, e sobre as intervenções

genéticas. Em nossas entrevistas aparece com frequência a referência ao uso da técnica de maturação de espermatite, prática que não é aceita, por exemplo, na França, onde, em entrevista com um urologista ligado ao CECOS, ele nos disse:

Já quando fazemos uma ICSI com espermatozóide é um grande traumatismo para o ovócito, é preciso introduzir a agulha com força na célula, isto já é anormal, se ainda colocamos uma célula imatura, não sabemos se no plano dos cromossomos não estamos fazendo entrar cromossomos que não são maduros e que podem eventualmente ser responsáveis mais tarde pelas doenças. Se as crianças vão ter câncer mais tarde, nós não sabemos disto. Eu acredito que nós não temos o direito de o fazer atualmente, porque não temos provas, estão ocultos os riscos de transmissão de doenças pela utilização de células imaturas (urologista e especialista em cancerologia e infertilidade masculina, Hospital de Cochin, Clinique Albarran/Paris, entrevista realizada em fevereiro de 2002 durante o doutorado *sandúiche*).

O uso de espermatite pode resultar mais traumatizante para o ovócito, porque, além se tratar de uma célula imatura referente a uma das etapas anteriores da espermatogênese, ele necessita de uma seringa cujo diâmetro deve ser mais largo, visto que seu porte é maior. Além disso, pode introduzir desvantagens no plano genético. “Créer un enfant n’a rien à voir avec la guérison d’une maladie” (JOUANNET, 2001, p. 130).

Mais ainda, no caso da ICSI, os pacientes submetidos a essa técnica podem apresentar alterações genéticas, ligadas ao processo de desenvolvimento das células germinativas, e a identificação desses gens poderia cada vez mais revelar as repercussões da transmissão desses fatores para os descendentes.

Le médecin qui, en pratiquant une ICSI, transgresse ainsi “l’ordre naturel” peut difficilement être suspecté d’eugénisme, comme il est souvent reproché à ceux qui interviennent dans la procréation humaine. Au contraire, par son intervention, il contribue à diffuser aux générations suivantes des anomalies génétiques qui ne l’étaient pas auparavant (Jouannet, 2001, p. 134).

Tem-se que, no momento, a medicina e a genética discutem possíveis alterações provocadas pelo uso dessa técnica, especialmente o aumento da incidência de problemas nos cromossomos sexuais. O campo médico deve ser lembrado do princípio da integridade, que serve para proteger os direitos do paciente, e lembrar que os cuidados médicos não significam apenas respeito à autonomia. Há necessidade de proteger a integridade psico-física das pessoas, demandando, desse modo, a formulação de critérios e princípios a serem respeitados quando se trata desse tipo de proposição e prática, que poderá, de fato, estar alterando a estrutura genética da humanidade.

Segundo Rendtorff e Kemp (2000), o direito a uma estrutura genética que não tenha sido artificialmente alterada é um importante aspecto da integridade. Isso não deve ser

entendido como uma interdição de todas as interdições genéticas, somente que a manipulação não pode desencadear uma narrativa unitária da vida humana.

Isto não se refere apenas ao individual, aplica-se também ao que é típico para a espécie humana. O respeito à integridade protege a genética das futuras gerações e opõem-se à manipulação de sua herança genética e de sua identidade e obriga a ética das escolhas individuais (ROTÂNIA, 1999).

Segundo Jouannet (2001), a prática da ICSI poderá ser responsável por doenças como a mucoviscidose². Os homens portadores dessa doença são geralmente estéreis. Se os testículos funcionassem bem e fabricassem espermatozóides, suas vias genitais (epidídimos e canais deferentes) se desenvolveriam normalmente. Mas, como os caminhos dos espermatozóides estão obstruídos, não podem se misturar para serem ejaculados, e sendo igualmente impossível uma correção cirúrgica, esse homem é estéril. Podem-se procurar os espermatozóides dentro das vias genitais ou dos testículos por meio de cirurgia, e tentar obter uma gravidez por inseminação artificial ou por fecundação *in vitro*, mas esses métodos são pouco eficazes, porque os espermatozóides não têm sua maturação dentro do epidídimo e são incapazes de “penetrar” sozinhos no óvulo. É possível, contudo, que se obtenha um embrião quando o espermatozóide é introduzido dentro do óvulo, a ICSI permite isto. Entretanto, essa prática levanta uma série de riscos. Primeiro, os jovens adultos acometidos de mucoviscidose não estão sempre em boa saúde, às vezes os problemas pulmonares podem mesmo levá-los à morte. A questão que o autor coloca, entre outras, é: podemos fazer ICSI nesse contexto?

Depois, esta esterilidade evita que a doença seja transmitida para as gerações futuras, e, além disso, há homens que possuem a mutação em somente um dos cromossomos, o que não os torna doentes, mas os torna estéreis. Assim, os médicos que praticam a ICSI estariam provocando a doença, se, por acaso, a mãe também fosse portadora de mutação, se ela fosse heterozygota. Como na França, uma pessoa sobre 25 é portadora dessa mutação, em caso de procriação, a criança nascida desse casal corre o risco de ser homozygote e doente em 75% dos casos. Fora isso, se a mãe não é portadora, a criança não será doente, mas o filho será portador da mutação genética de seu pai e igualmente infecundo, podendo transmitir isso para a geração futura. No caso de a criança ser portadora da mucoviscidose, é

2 Doença genética dada a uma mutação de uma proteína presente nas membranas de numerosas células e que controla as trocas de íons entre o interior e exterior das células. A doença se manifesta quando os gens de dois cromossomos de origem paterna e materna são portadores da mutação – o sujeito é então chamado de homozigoto para a mutação. Em geral, ela produz problemas respiratórios e digestivos graves, que caracterizam

uma doença de particular gravidade, que exigirá um diagnóstico pré-natal. Se o embrião for homocigoto, a consequência é em geral uma interrupção médica da gravidez pedida pelo casal, o que não deixa de configurar uma situação bastante delicada, dolorosa e dramática, quando a gravidez foi difícil de ser obtida.

Além disso, em se tratando da ICSI, há outros problemas apresentados por outros médicos, como a escolha que eles ou os biólogos fazem entre os óvulos e os espermatozoides sobre os quais irá se produzir a fecundação. Na fala dos médicos, (ao contrário do que encontramos nas entrevistas com os casais, nas quais são relatadas práticas cotidianas do seu uso, a não ser que todos os problemas masculinos não nos tenham sido relatados), a ICSI é utilizada na prática apenas em situações de absoluta necessidade, conforme podemos verificar a seguir:

A ICSI é lançada mão quando o número de espermatozoides do parceiro é muito baixo. Então, por problemas femininos você não vai à ICSI, a ICSI, você lança mão quando o número de espermatozoides é menos do que 5 milhões por ml. Assim a grosso modo, o marido oferece uma amostra de sêmen pra fazer a técnica se este número após a separação, se chama capacitação espermática, que separa os mortos dos vivos, entre os vivos, os [...] dos mortos, o número recuperado, capacitado após essa filtração for maior do que dez milhões, se vai à inseminação artificial, se o número varia de cinco a dez milhões, se vai à fertilização in vitro, se o número é inferior a cinco milhões, se vai a ICSI, isto é um protocolo. A gente sabe esse número antes, nós fizemos um exame prognóstico que nos permite saber. Então, você perguntou, quando você muda de FV para ICSI? Não muda nunca, a indicação pra FIV é se o homem continua tendo mais de cinco milhões, você continua fazendo FVI, exceto se você fez e não obteve óvulos fecundados, então numa outra tentativa você vai mudar pra ICSI (entrevista 11, Dr. Santos).

Essa fala é sobre protocolos. Nas informações dos entrevistados há casos, inclusive, do uso de FIV e ICSI no mesmo ciclo. Nessa situação e noutras, os médicos são investidos de uma responsabilidade considerável, o que, no limite, aparece como um poder exorbitante de julgar a vida. Ao mesmo tempo nos reporta a pensar sobre essa transferência de poder que nossa sociedade faz aos médicos, devido à dificuldade que ela tem de elaborar critérios coletivos capazes de deflagrar um processo de decisão integrador entre os interesses dos indivíduos e os da coletividade, segundo Iacub e Jouannet (2001, p. 7):

Ce transfert de responsabilité vers le médecin résulte peut-être de la difficulté, sinon de l'impossibilité, dans laquelle nos sociétés se trouvent d'élaborer collectivement des critères de jugement de la vie. Peut-être résulte-t-il aussi des hésitations de notre sociétés à élaborer un processus décisionnel qui pourrait intégrer les aspirations et les intérêts individuels comme les choix collectifs et que l'on pourrait appeler une éthique démocratique.

Por enquanto, o que observamos no Brasil é que esse é um poder de foro privado, por causa da ausência quase total de legislação. E, se legislação houvesse, nós possivelmente nos depararíamos com situações em que os julgamentos se dariam a partir das concepções dos médicos sobre a vida, mas pelo menos teríamos de onde partir, por onde começar.

Alguns critérios estão pré-estabelecidos pelo CFM em relação a vários aspectos. Poderíamos citar os que tangem à doação de óvulos e espermatozoides, podendo uma mulher doar, no máximo, dois embriões para cada grupo de um milhão de habitantes. Além disso, a doadora deve ser anônima, a receptora deve ser casada ou viver em relacionamento estável, e a doação deve ser espontânea. Os problemas jurídicos advindos de uma futura reclamação de paternidade ou maternidade, por exemplo, estão a descoberto,.

Para nós, nas condições atuais de acesso à informação sobre esses procedimentos, torna-se muito difícil saber o que de fato acontece com o emprego de cada tecnologia. Não há em nossa realidade, até o presente, possibilidades de acompanhar os casais que fizeram inseminação artificial, FIV/ICSI, de modo separado, para detectar como se dão as práticas e as decisões sobre elas em cada situação. Não temos como fazê-lo nas clínicas privadas de reprodução assistida, e não há, até onde temos conhecimento, a possibilidade de obter informações a partir de serviços públicos (existem alguns poucos serviços universitários) . Isso constituiu-se em uma séria dificuldade em nossa pesquisa, porque o fato de termos mapeado os casais em rede, não nos permitia saber de antemão de qual tecnologia estaríamos falando durante a entrevista. E, além disso, no nosso estudo quase todos os casais passaram por todas elas.

3. Elementos conflitivos nas relações entre casais, médicos e NTRc.

Além dos problemas que dizem respeito ao relacionamento médico/casal, existem àqueles relativos à administração das frustrações e os limites à relação de ajuda. Podemos apontar uma série de aspectos conflitivos nas relações entre casais e médicos.

Dentre eles, a medicação e o seu uso. Em situações não incomuns, os casais relatam como interferem sobre a quantidade de medicação a ser utilizada, em cada ciclo, a partir das observações sobre as reações no corpo da mulher. Relatam muitas situações consideradas por eles como erros médicos.

Isso é muito sério, porque essa medicação ela é muito carregada, até a gente chegou assim num estágio tal, que praticamente a (nome) já define pro médico o que ela toma de medicação, porque o organismo de cada pessoa é diferente e o dela reage exatamente ao contrário, quanto mais medicação, menos produção. Então, até a

gente descobrir isso aí, meu Deus do Céu, a produção mensal é um folículo. A (Tereza) tinha estimulado aí uma vez, foi uma dosagem violenta de remédio que qualquer uma mulher com aquela dosagem produziria uns 20, ela tinha 2, 3 no máximo, de péssima qualidade (entrevista 24, Kauli esposo da Tereza)

Noutros casos, dizem que esses problemas se colocam por causa da impossibilidade de saber, antes do procedimento, como o corpo irá reagir em relação à medicação, o que, em sua avaliação, confirma como tudo isso é ainda experimental, na medida em que também os coloca diante de situações que exigem decisões inusitadas, conforme podemos verificar na fala que se segue.

Mais próximo do tratamento, quando a gente descobriu, no caso dela, que deu 18 folículos, que teve superovulação. Porque a gente ficou com medo, e que nos outros meses não ovulava. Davam super bombardeio e não funcionava. Desta vez deu 18 folículos. Ela abriu e nove tinham óvulos. Então eram nove com possibilidade de serem fertilizados. Foram escolhidos quatro para fertilizar. Então quando a gente se deparou com isso é que a gente parou para pensar. Antes nós não havíamos pensado. Ela propôs que se a gente quisesse poderia congelar embriões para não passar por todo o trabalho de estimular. Ela fertilizou 9 embriões e deixou 4 dias fora do útero. E ela escolheu os quatro que estavam em melhor desenvolvimento (entrevista 31/32, Luiz esposo da Salete).

A hiperovulação abre, por sua vez, além dos problemas de saúde já relatados noutros capítulos, questões éticas que envolvem decisões sobre o que fazer com os embriões. Questões que, conforme o depoimento acima, nem sempre são discutidas antes de começar o tratamento, e que exigem, na hora da coleta dos óvulos, uma decisão para a qual os casais não se encontram preparados. Ou melhor, trata-se de uma decisão de risco, porque, quanto menos embriões são feitos, menos chances de sucesso isso significa. Ao mesmo tempo, fazer todos os embriões possibilitados pelo material implica **criopreservação**, visto que não podem ser transferidos mais do que quatro, segundo as normas do CFM, número já bastante elevado, que em geral é tomado em conta como limite, embora haja situações em que são transferidos muitos outros. Os casais que tiveram filhos gêmeos e trigêmeos nos fazem pensar sobre este desejo de ter logo dois, assim não precisam fazer o tratamento novamente. Se for menino e menina, melhor, assim tem logo um casal. Quanto aos trigêmeos, parece configurar mais a fatalidade do que um desejo.

Ele nos explicou que, segundo as normas, poderiam ser colocados só quatro. Mas ele também disse, vamos colocar todos para aumentar as chances. Para ter a possibilidade de um, ele sabe. Existia depois a possibilidade de ter até trigêmeos. Eu tinha três embriões que nidaram. Depois só se desenvolveu um deles (entrevista 14/13, Gentil, esposo de Francine)

Ainda é, eu vejo a questão da transferência de tantos embriões com a possibilidade de gestações múltiplas, tem pessoas que não aceitam isso. Então, tem que procurar o método que elas gostariam de ter um, mas pode cair na sorte ou no azar de ter dois ou três, disso eles têm que estar conscientes e aceitar esse tipo de situação. Outro conflito ético talvez seja o fato de, por exemplo, o de sobrarem embriões no processo de fertilização, transfere três, quatro embriões e te sobra mais cinco embriões, o conflito ético é: congela? Põe fora? O que tu faz? Se o cliente resolve não querer mais, o que se faz? Se o cliente [...] o casal, o que se faz? Isso é um [...] (entrevista, 16, Dr. Alcides).

Sobre a transferência de embriões, dos três projetos que tramitam hoje no Congresso Nacional, um deles³ propõe a diminuição de quatro embriões para três, na ocasião da transferência, bem como a exclusão de penalidade para a redução embrionária em caso de risco de vida para a mãe. Para o CFM, a redução embrionária é um aborto, o profissional pode ter seu registro cassado caso se comprove a denúncia. Segundo Diniz (2000, p.14-15):

Diferente de outros países, que optaram por não delimitar na lei o número de embriões a serem transferidos por ciclo, no Brasil essa vem sendo uma questão fundamental, impossível de ser resolvida senão por meio da imposição de uma lei. Devido à legislação nacional proibitiva em relação ao aborto – a interrupção de gravidez é considerada crime com penalidades previstas em lei, exceto em casos de risco de vida materna e de gravidez resultante de estupro e se executado nos três primeiros meses de gestação –, o tema da transferência embrionária e seu correlato, a redução embrionária, tornaram-se pauta preferencial de discussões.

Além desse aspecto, após a decisão por criopreservação há problemas que se colocam sobre o tempo em que é adequado manter os embriões nesse estado, sem perder a **qualidade do material**⁴, e sobre a decisão a respeito do que fazer com eles, que é responsabilidade do casal.

A gente pode dizer, assim, não houve dano de material genético ou alguma coisa assim, nesses três anos o casal teria que tomar uma decisão. O casal tem que ser chamado à Clínica e tem que tomar a decisão, “olha, vamos transferir esses embriões”, ou o casal leva os embriões pra casa no nitrogênio, o que faz? (entrevista 11, Dr. Santos).

Alguns casais falam das dificuldades que envolvem essas práticas e dizem, conforme depoimento abaixo, de quanto elas ainda carecem de desenvolvimento. Para este homem, a insistência na estimulação ovariana e na abundância de embriões se deve também ao fato de que a tecnologia não desenvolveu formas de garantir a **nidação**.

³ Senado Federal - projeto de lei do Senado, n. 90, 1999: 23. Autoria: Senador Lúcio Alcântara. Relatoria: Senador Roberto Requião. O relato completo, segundo Diniz (2000), encontra-se nas atas da Comissão de Constituição, Cidadania e Justiça no Senado Federal, Secretaria Geral da Mesa. Serviço de Comissões. Reunião Ordinária da Comissão de Cidadania e Justiça. 12/04/2000.

⁴ Dos três projetos de lei em tramitação, dois na Câmara Federal e um no Senado, dois proíbem o descarte, o de 1993 e o de 1999, o de 1997 permite depois de cinco anos.

Acho que esta técnica ainda está pouco amadurecida. Eu acho que dominam uma parte, mas, o mais importante ainda não dominam, que é prender, segurar. Porque, a partir do momento que se conseguir isso, não se precisa colocar quatro, colocam um, o processo mais importante é segurar. Então acho que eles têm que fazer um pouco mais no sentido de fixar. E fazer com que os embriões não se percam (entrevista 36, Dito casado com Tânia).

Quando a nidação de mais de um embrião se concretiza, então o casal vê-se diante de um novo dilema, a **redução embrionária** que, se parece ser feita com certa facilidade em países como EUA, entre nós não é uma experiência simples de ser vivida. O relato a seguir, embora longo, foi mantido para dar uma noção da angústia vivida nessas situações.

Nidação de três embriões

Ela - Eu fiquei uma cera porque eu achei que eu não fosse conseguir levar a gravidez para frente. Ninguém achava.

Ele - Nem o médico. Ele dizia para mim, vamos tentar, mas é difícil. Ela é muito pequena.

Proposta médica de redução embrionária: o paradoxo para quem havia buscado tanto

Em relação ao que foi nos proposto, em relação à retirada [...] com mais de 15 dias tinha que fazer ultra-som. Era uma bolinha, só tinha um coraçãozinho batendo. Era só uma bola, parecia um ovo, mas tinha o coração batendo. Então não adianta dizer que não tem vida. Para mim, se eu perdesse nessa fase, naturalmente eu já iria sentir. Eu iria considerar como perda de um filho. Porque eu vi o coração, tinha coração, tinha vida ali dentro. Isso ia ser outro processo, a minha cabeça iria ficar como se tivesse perdido um filho.

Perguntados sobre se sentiam como um aborto, responderam:

Ele - Não só, soava como um assassinato. Isso era mais do que o aborto. Eu não ia poder encarar.

Ela - Eu dizia para ele, como é que naquele dia em diante eu iria comprar roupinhas. Montar o quarto, eu não iria mais ter alegria para isso. Nós paramos... os três dias que nós paramos, foram os três piores dias da minha vida. A gente parou completamente. A gente ligava para a mãe e eu dizia, olha, tchau, as crianças estão dando tchau para a mãe. Eu não falava mais neles, nesses dias que eu precisava decidir, minha mãe diz que eu parei e eu não olhava mais para minha barriga. Eu não tocava na minha barriga, eu não conversava mais com eles, eu parei, eu simplesmente parei. Aí, quando a gente decidiu..... Eu me lembro muito bem, nós viemos do médico, da doutora, eu não dormi a noite inteira, eu chorei a noite inteira. Aí de manhã eu fui tomar um banho. E eu decidi, eu não vou tirar. Só que eu já tinha decidido, e ele já tinha decidido. Mas os dois não conversávamos, acho que era porque um tinha medo de que o outro quisesse tirar. Eu só chorava e ele ficava na dele. Sempre preocupado, só que ninguém conversava. Aí nesse dia tomando banho eu decidi que não ia tirar. Ai quando nós vimos a doutora entrando na garagem do prédio, ele disse que ele não queria tirar. E que nós iríamos correr o

risco, mesmo se nascesse um excepcional. Um aborto seria algo não programado. No nosso caso nós estaríamos programando.

Ele - Era pior do que o aborto, para nós. Para mim isso era um assassinato.

Ela- Para mim o aborto não deixa de ser assassinato.

Ele - Mas nesse caso havia uma diferença, éramos nós que estávamos decidindo. Para mim isso significava bem mais do que um aborto. Existe essa diferença. O aborto vem de um caso não programado, no nosso caso seria algo programado.

Ela - Era desejado já de anos e de repente a gente precisava dizer, vamos tirar um. Qual deles? Hoje estava dizendo para ele, qual deles nós teríamos tirado ? Ontem de madrugada estava olhando para eles e pensei nisso. De vez em quando eu penso nisso. Eu digo para mim mesma, qual deles que não teria nascido ? Isso ainda me perturba.

Marlene: por que ?

Eu não sei.

Muita coisa ainda me perturba.

Marlene: perguntei, isso te perturba, por que você teve que se colocar a possibilidade da escolha ?

Eu acho que sim... A gente olha assim, fica dizendo, mas como é que eu tive coragem.... Embora a gente saiba que qualquer um corre esse risco. Pensar fora é uma coisa, depois que está aqui dentro da gente é outra. O médico pode até te alertar, dizendo, olha, se tiver três ou quatro, você pode ter que tirar, mas depois que está aqui dentro é muito difícil.

Aqui dentro é diferente, é teu, aí fica bem mais complicado. Antes tu queres tanto que se falam em tirar tudo, dizes tudo bem, tudo bem. Tanto que quando ele ligou eu fiquei tão atarantada que eu disse, não, se for para salvar dois a gente faz, eu vou falar com o (nome). Tem a certeza. Depois, quando desliguei o telefone, me dei conta. E disse, meu Deus, é meu filho, como é que eu vou tirar meu filho. É quem, qual deles?

Conseqüência para a mãe da decisão de levar até o fim:

...Quando completou a 27ª semana, que eu comecei a tomar a injeção, eu chorava. E porque, eu dizia, eu não agüento mais. E eu não agüentava, porque era muita dor. Os dois meninos estavam de cabeça para baixo, com os pés nas costas. Então quando eles se mexiam eu tinha uma bola aqui, eu tinha outra bola aqui, tinha uma bola nas costas. Eu não tinha posição para dormir, eu dormia sentada, quando eu conseguia dormir. Então eu dizia, eu não agüento mais. Só que ao mesmo tempo eu não queria tirar, porque eu pensava: vou agüentar mais um pouco. Eu achava assim, mais uma semana, se eu conseguir amadurece um pouco mais. Só que, quando chegou no limite, eu fiquei com problemas cardíacos. A doutora me internou, eu fiquei internada mais de vinte dias. Então ela fez um ultra-som e resolveram naquele dia fazer a cesárea. Porque aí eu já vinha perdendo líquido. Foi no dia do aniversário da médica, foi no dia do aniversário do meu pai. Eles nasceram nesse dia turbulento. Agora tem um monte de aniversários.

Ele - No último mês ela foi para maternidade, ficou internada lá. Ela teve uma gravidez complicadíssima, ela não dormiu direito nos últimos sete meses.

Ela- Eu tive complicações cardíacas, respiratórias, eu não sabia se viria tudo bem. Depois passei para o problema da UTI.

O casal assume toda a responsabilidade sobre esta decisão

Marlene: Vocês acham que tem algum problema moral ou ético envolvido nesse tipo de procedimento ?

Ele - Acho que tem por parte do médico em esclarecer tudo que pode vir a acontecer.

Ela- Só isso eu não sei . Morais ?

Ele - É. Mas no nosso caso eles não nos impuseram nada, eles mostraram os dois lados. Eu queria saber quais eram as porcentagens. Eles não tinham. Então não tinha nem sobre o que pensar.

Marlene – isso implicou numa decisão individual de vocês

Ele - Individual não.....

Ela - A minha opinião era não tirar, a decisão dele também era para não tirar.

Ele - A decisão era do casal, não era individual.

Marlene – Sim, é nesse sentido que eu usei o termo individual

Ele - Sim, é isso. Eles nos passaram a bomba, a bomba está aqui, eles nos disseram, e agora o que vocês vão fazer?

Ela - É, nos passaram a bomba. Eu acho que a responsabilidade era nossa mesmo, acho que não era deles. De jeito nenhum, a responsabilidade é nossa. Nós fomos procurar eles por problemas nossos, então a responsabilidade era nossa. São coisas nossas que estavam em jogo. Realmente éramos nós que deveríamos decidir, eles não poderiam chegar e dizer: vamos tirar. Nós e que deveríamos resolver se íamos tirar.

Ele - Em momento algum eles nos disseram: tem que tirar. Então o que ele disse foi, olha se tiver que tirar um, para salvar dois ...

Ela - Mas eu acho que a decisão era nossa mesmo, eles não tinham como decidir. A não ser que fossem quintuplos, então realmente eles poderiam chegar e dizer: olha, não dá. Tem que tirar, eu tenho certeza que ele diria se fossem. Quatro, eu já li várias reportagem sobre isso.

Ele - E eu nem sei se no final isso ainda seria assim. Eu não sei se fossem quatro se o casal ainda tiraria. Acho que a gente ainda tentaria o risco. Acho que, bem pensado, a gente ainda passaria o risco de perder os...

Ela- Quatro eu não sei. Sobre isso eu não sei. Essa decisão seria ainda muito complicada.

Ele - Porque as estatísticas ainda jogariam com o pouco que elas têm.

Ela- Inclusive, quando eu fiz o ultra-som, que eu e o (nome), a doutora fomos juntos e ele disse que eram três. Ele disse: não conta para ninguém que são três. Nós não contamos nem para os nossos pais.

Marlene: Por que ?

Ele - Porque na cabeça dele já passou a possibilidade de ter que tirar.

Ela- Claro que nós contaríamos para nossos pais.

Marlene: Vocês acham que é justo que o casal decida sobre isso, ou isso deve ser legislado ?

Ele - Eu acho que o casal tem que decidir. Porque, se fosse legislado provavelmente, eles teriam tirado sem nem que ela soubesse.

Ela - Eu acho que deveria ser legislado, abrindo também um termo de compromisso da parte do casal. O casal teria que ter o direito de optar entre fazer um não. Assumindo um termo de responsabilidade. É a mesma coisa quando uma pessoa faz uma cirurgia em que existe um risco. Quando corre o risco de vida a família não tem que autorizar. Ao meu ver seria a mesma situação.

Ele - Eu acho que neste caso a última palavra é do casal. Porque até os médicos poderiam fazer. Eles podem te levar lá para fazer um exame e tirar. Eles podem dizer que vão tirar o material para ver como estão os fetos e retiram um a partir do momento que tivesse uma legislação. E por isso que eu acho que a última palavra do casal.

Ela - É como eu disse, quando tu vais fazer uma cirurgia de risco, a família não tem que assumir um termo de responsabilidade ? É a mesma coisa. A legislação diz isso. Se tu és contrária àquilo, então tu vais arcar com todas as responsabilidades. Então deveria ter um termo que tu assinarias arcando com todas as responsabilidades. Com todo e qualquer risco que porventura tu viesses a ter naquela gravidez. E assinar que tu és e que tu não vais tirar e pronto. Não existem casos por aí de pessoas que são contra transfusão sanguínea. Então eu acho que seria a mesma coisa. E agora também daria o direito para quem quisesse fazer o que achasse melhor. Eu fui à frente, graças a Deus, eu consegui. Mas muitas pessoas não têm como fazer isso. Eles sabem que não tem como por pré-eclampsia. Se já tem um quadro de pré-eclampsia. O médico tinha medo de pré-eclampsia.

4. Problemas e práticas: legislação, embrião, criança e filho.

Segundo Diniz (2000), o problema da redução embrionária esteve presente desde o início do processo normativo brasileiro, mesmo se no projeto 2 e 3 consideram a possibilidade de redução embrionária, somente em casos em que não há outro jeito de salvar a vida da gestante.

Segundo a autora, a medicalização da redução embrionária foi uma saída eficaz durante os primeiros tempos da medicina reprodutiva no Brasil. Considerava-se a indicação da redução embrionária, e não havia punições para quem a praticasse. Para justificá-la,

apelava-se às legislações de outros países, especialmente às recomendações do Warnock Report⁵, onde não estava estipulado o limite máximo de embriões a serem transferidos por ciclo e não se deliberava sobre a redução embrionária. Hoje todos os projetos que circulam na Câmara Federal e no Senado partem do princípio da intocabilidade da vida do embrião.

De acordo com Diniz (2000), a gravidez multigemelar e a redução embrionária têm sido questões analisadas à luz da legislação nacional sobre o aborto e não são tratadas como questões básicas de saúde da mulher ou ainda como restrições científicas e técnicas. Trata-se de um silêncio que une os representantes dos interesses da medicina reprodutiva e os das comunidades religiosas, em uma harmonia difícil de ser desfeita, pela dificuldade em se perceber as possíveis diferenças entre eles.

O resultado disso, segundo a autora, é que não se discute a relação entre o número de embriões a serem transferidos por ciclo, o risco de gravidez múltipla, a proibição de redução embrionária e a saúde da mulher, fases interdependentes das técnicas reprodutivas.

Considerado o relato acima, observamos que, para o casal, a redução embrionária era um aborto para a mulher e um crime para o marido.⁶ A fala abaixo também dá conta de nos dizer sobre o foco no aborto natural, para não falar em redução.

Aí veio os dois meninos e uma menina, para mim foi uma surpresa muito grande, porque no primeiro mês, quando eu fui fazer o exame, eu perdi um. Eu perdi lá em São Paulo na hora em que ele foi fazer o ultra-som. Lá na hora que eu fui saber quantos que era e ele começou a contar. Aqui tem um, aqui tem outro, tem outro. Na hora que falou, meu Deus, o quarto. Na mesma hora eu levei um susto muito grande. Na mesma hora eu perdi. Foi um aborto natural. O susto foi enorme. Quatro crianças, dois eu já fiquei assustada. Quatro. Na mesma hora eu tive aborto. Aí eu tive que esperar 15 dias para fazer novo ultra-som para saber. O que tinha ficado. Se eu tinha perdido todos. Aí foi aquela expectativa. Eu passei bastante sufoco. Foram implantados 5 embriões. Foram 5, colocaram, passei tudo bem. Aí tu tens embriões congelados? Tenho. Eles não podem descartar. E o que tu pretendes fazer? Eles vão ficando lá. Porque a religião não permite que aquilo seja descartado. É uma coisa viva pra eles (entrevista 11, Mônica, esposa de Andrey).

A premissa de que o embrião é um filho impede, do ponto de vista social e psicológico, qualquer interrupção de gravidez. Esse sentimento transforma qualquer ato que tente preservar a saúde da mulher em crime. O casal acima esteve amparado por toda uma rede de orientação e por ponderações da parte dos médicos envolvidos com o processo, desde a inseminação até o diagnóstico de trigêmeos. Estudavam a possibilidade de uma redução embrionária, ainda que, nesse caso, tenham deixado a decisão para o casal.

⁵ Warnock, Mary. Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology. Department of Health & Social Security. July 1984:5

O marido diz: Aí, marcaram uma reunião para conversar, para mostrar como é que era feito. Mas nós não deixamos ter uma reunião, eu liguei para lá e disse: não é preciso fazer uma reunião para nós resolvermos. Nós resolvemos que ou teríamos os três ou não teríamos nenhum. Nós corremos o risco, corremos o risco de perder todos ou de ter todos, preferimos arriscar.

Embora estejamos falando durante todo o tempo em casal, o que é fato que nesse caso, o marido foi extremamente participante, e a esposa disse sobre ele:

Sinceramente, ele me surpreendeu muito, porque a minha gravidez foi uma gravidez muito difícil. Eu fiquei sete meses e meio em casa. Eu não podia fazer nada, no início eu ainda conseguia sair para comprar alguma coisinha. Mas muitas coisas ele comprou sozinho, e ele inclusive era super babão comigo. Quando ele chegava em casa, eu só ouvia barulho de sacolas, ele sempre vinha com um monte de coisas. E ele me ajudou muito, porque um mexendo, todo mundo já diz que é horrível, imagina três. Várias noites, às 3 horas da manhã, ficava ele andando comigo dentro de casa para ver se eles se ajeitavam. Ele sempre esteve muito presente. Ele abriu mão de um monte de coisas para ficar comigo. Ele abriu mão do futebol, que era para muito importante para ele, eu estava sempre em primeiro lugar, isso aí para mim foi fundamental.

É preciso lembrar que foi ele também a marcar uma consulta em reprodução assistida, sem que ela soubesse, porque ela relata que “depois da primeira experiência”,

Aí a minha cabeça não funcionou mais. Tanto que eu levei mais dois anos, quase três, para me convencer a ir a Porto Alegre conversar com o médico.

Ele - Convencer não, eu marquei a consulta e só avisei dois dias antes da gente ir.

Ela – É, ele marcou e disse: olha, nós vamos. Me deu uma enxaqueca tão brava, e eu fui com enxaqueca e tudo. Foi tudo muito rápido, quando eu vi eu já estava num processo no qual não havia mais retorno.

Ele - Eu marquei mais para não interferir na parte dela de medo, na parte emocional dela, porque aí ela já começava pensar antes. Eu, no caso, acho que até ela não engravidou naturalmente por bloqueio, ela tinha medo.

Também foi para ele a comunicação médica sobre a transferência de cinco embriões. Ela tinha seis embriões de oito óvulos, um dos embriões parou de crescer antes da transferência. Essas falas nos dão indícios de uma decisão entre homens sobre as mulheres, mesmo que às vezes sejam os homens que marcam as consultas com médicas mulheres. Não está em jogo aqui o sexo do médico, mas a visão da ciência que é veiculada. De todo modo, é uma decisão sobre o processo reprodutivo de suas esposas que nos faz pensar nas relações de gênero imbricadas nessas práticas.

⁶ Este, não é o único caso em nossa amostra, temos mais dois, sem considerar que o embrião é tomado como filho pelas mulheres em todas as situações, (vide capítulo IV).

O casal relata sua angústia, como um grande sofrimento, até concluir pela continuidade da gravidez. Mas será no corpo da mulher que se desenvolverão as crianças e que também se darão todos os riscos e as situações-limite entre a vida e a morte. As mulheres parecem sempre estar de acordo, mas, ainda assim, esse seu concordar mereceria uma análise mais profunda sobre o quanto estão apenas atendendo a uma demanda do casamento e de sua função na sociedade: “fazer filhos”. Ou o quanto estão atendendo às demandas psíquicas que não são suas, são dos pais, dos amigos, do marido, do conjunto social.

Os casais justificam os seus atos, no presente, olhando para as crianças e dizendo que se perguntavam todos os dias qual delas teriam “matado”. Agora, diante das crianças, é impossível pensar sem sentir culpa, pelo fato de terem se colocado a possibilidade de tirar, mesmo se independente de sua vontade. A redução era colocada como necessidade, para não correr o risco de perder todos os embriões, ou até mesmo de ocorrer a morte da mãe. O que nesse caso não se deu, porque esta mulher estava amparada, o tempo inteiro, pela cunhada que é médica e obteve acesso rápido ao hospital e à UTI nas situações de paradas cardíacas e respiratórias vividas por ela.

Tomar a vida humana como sagrada desde a sua concepção impossibilita discutir mais amplamente as questões que dizem respeito aos muitos riscos que as mulheres estão correndo, principalmente quando se trata dessas situações extremas geradas no interior dos processos de reprodução assistida.

E tomar a criança no lugar de embrião, ou o interesse da criança, também não cria situações-limite para ela? É justo que os pais submetam crianças a situações tão graves? A redução embrionária não seria uma questão de bom senso e de responsabilidade também para com a vida das crianças, diante do risco extremo de morte a que elas foram colocadas, ao longo do processo? Ou então, é lícito deixar que a transferência embrionária continue se dando sobre os critérios da busca de gemelaridade, como foi o caso, ou de sucesso, como é na maioria das práticas? O depoimento a seguir coloca uma situação que poderia ter sido toda evitada com a redução embrionária. Entenda-se que não estamos fazendo apologia da redução embrionária, mas, uma vez que são transferidos tantos embriões, essa situação está entre outras possíveis.

Problemas com as crianças

Ele - As crianças ficaram 25 dias na UTI. As crianças nasceram com 7 meses e meio. Esse primeiro aí do colchão nasceu com 1,230 kg, não, um 1,280 ; outro com 1,630 e 1,360, ela. Além disso tudo, ela deu azar que no primeiro dia em que eu fui levá-la na UTI para ela conhecer as crianças, eles não deixam a gente entrar junto. E ela foi sozinha. E o... do meio fez a parada respiratória na frente dela. Na hora,

então, ele teve que ser entubado. Ele nasceu maior, mas ele teve que ser entubado, ele teve uma série de problemas. Ele pegou uma bactéria, voltou, ele incomodou bastante.

Ela - Os outros dois não, eles só ficaram para ganhar peso. Ele, pelo peso dele, não foi para incubadora, quando cheguei ele estava no bercinho. Aí eu fui direto nele e comecei a conversar com ele e ele parou. Para mim foi horrível. Ele simplesmente olhou para mim e parou, ficou com o olho aberto, parado. Aí começou alarmizinho, todo o mundo correu. As pessoas disseram: não se preocupe, que é assim mesmo. Não te preocupa que foi só uma apnéia, me diziam. Eu chorava desesperada, tinha toda essa ansiedade, esse medo, a gente não sabia se ia dar certo ou não. Em agosto eu comecei com contração, um domingo, 2h da manhã, nós fomos para a maternidade. Eu e ele e a irmã dele, eu não sabia se eu ficava lá ou não. Felizmente deu tudo certo, eu voltei para casa. Mas eu fiquei com aquele medo sempre. Eu e ele às vezes chamávamos a irmã dele (médica)..., lá vinha ela. Então tudo era bem ou de modo complicado. E até chegar na 28ª semana, quando eu ia começar a tomar a injeção para amadurecer o pulmão deles, para eles terem chance de ir à frente também. Se não, eles nasceram com sete meses e meio também, contrariando todas as expectativas, porque eles achavam que eu não iria segurar.

Ainda é preciso considerar a rotina tão intensa de cuidados, no presente, o que torna muito difícil administrar o cotidiano após o nascimento de três bebês de uma vez. Considerando que este casal, precisa conciliar trabalho, recursos econômicos e a atenção prioritária aos três bebês.

O fato acima dá conta de relatar a experiência prática dos casais, mas a defesa dos interesses da criança têm também suas conseqüências práticas, jurídicas e institucionais.

Segundo Diniz (2000), comentando o projeto de 1999, de autoria do Senador Lúcio Alcântara e relatado pelo Senador Roberto Requião, a escolha do termo criança, no lugar de feto e embrião para legislar, carrega várias intencionalidades. O impacto afetivo da defesa dos interesses de uma criança quando comparado ao embrião é muito maior, retira-se de cena o debate sobre o estatuto do embrião. A criança torna-se sinônimo de parentesco determinado pela consangüinidade de uma filiação legítima, surgida a partir de um casamento heterossexual, o que leva a outras determinações legais.

Quando a importância da consangüinidade e do vínculo genético é tão intensa, desencoraja-se a doação heteróloga de gametas, abrindo a possibilidade da quebra do sigilo do doador após a maioridade da criança. Se a criança tem o direito, ao atingir sua maioridade, de saber quem foi o doador biológico, ela poderá reivindicar o reconhecimento da paternidade, direito que também deverá ser estendido ao doador que queira reivindicar a paternidade. Isso, como sabemos, além de gerar uma série de discussões sobre as paternidades, torna-se, segundo Diniz, uma saída eficaz para coibir a possibilidade de outros arranjos matrimoniais que não a família heterossexual. É uma situação que exige cuidados,

segundo alguns entrevistados, que relataram esse tipo de medo em relação ao futuro, no momento em que perguntamos sobre a aceitação de doação de espermatozóide.

Para a autora, a categoria criança está relacionada à defesa dos valores patriarcais ameaçados pelas tecnologias reprodutivas, porque, em larga medida, a criança representa os interesses masculinos que precisam ser garantidos por lei. Segundo ela, os dispositivos previstos em lei visam assegurar a necessidade da figura paterna, impedindo qualquer acesso de mulheres desvinculadas de uma união heterossexual, às tecnologias reprodutivas. Mas não são todos os projetos que insistem sobre isso.

O projeto 1 considera que “toda mulher, capaz, nos termos da lei, que tenha solicitado e cuja indicação não se afaste dos limites desta lei, pode ser receptora das técnicas de reprodução assistida...”. O projeto 2 fala em “toda mulher, independente do seu estado civil, poderá ser usuária das técnicas de reprodução assistida.”⁷. A versão 3 sugere que apenas mulheres casadas ou em união estável poderão ter acesso às tecnologias reprodutivas: “...beneficiários aos cônjuges ou ao homem e à mulher em união estável ... que tenha solicitado o emprego de reprodução assistida com o objetivo de procriar...”⁸.

Para Diniz, os retrocessos nesse projeto 3 são evidentes, além de exigir o consentimento do cônjuge ou companheiro, o projeto prevê a necessidade da união estável para elegibilidade às tecnologias reprodutivas. Considere-se ainda que há neles um entendimento de que essas tecnologias são antinaturais, ameaçadoras e repulsivas. A razão principal de tal repulsa se deve, segundo a autora, à propalada proteção da criança. Isso, por um lado, garante que não haverá o descarte do pai para a composição da família completa, e, por outro, elimina as mulheres homossexuais, pois, pela exigência da figura do cônjuge garante-se o lugar da figura masculina.

Para ela, o mesmo se dá no trecho que justifica o projeto 3, onde se argumenta a proibição da comercialização de útero, que é elucidativa desse mal-estar que a autora chama de patriarcal, frente às tecnologias reprodutivas e à autonomia das mulheres. Trata-se, do fato de o legislador chamar de vaidade a busca por filhos por parte das mulheres na meia idade ou daquelas que não sofrem de infertilidade. Segundo esse legislador, elas estariam procurando um filho desse modo, para não se submeterem aos efeitos indesejados de uma gravidez natural.

⁷ Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 3.638. 1993: 02. Autoria Deputado Luiz Moreira. Relator: Deputado Marcelo Deda. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 2.855. 1997: 07. Autoria Deputado Confúcio Moura. Relatoria: Deputado Jorge Costa.

⁸ Senado Federal. Projeto de Lei do Senado. N. 90, 1999. Autoria; Senador Lúcio Alcântara. Relatoria: Senador Roberto Requião. Senado Federal. Secretaria – Geral da mesa Serviço de Comissões. Reunião Ordinária da Comissão de Cidadania e Justiça. 12/4/2000.

Sobre a barriga de aluguel, pouco ou nada foi ventilado em nosso estudo, e a falta de dados empíricos não nos permite dizer o que pensam os casais a esse respeito, embora os médicos considerem uma opção importante para a mulher que não tem útero.

Estamos acordes de que há um crescente consenso no sentido de que é preciso regulamentar as tecnologias reprodutivas no Brasil, tanto no que diz respeito ao acesso, quanto ao seu uso profissional. cremos, no entanto, que, além da incorporação dos debates sobre pesquisas científicas com embriões, aconteça a alocação de recursos para o exercício da reprodução assistida nos serviços públicos, apontados por Diniz.

Há outras necessidades presentes nas falas de nossos entrevistados, como as de reger condutas que passam por dentro das práticas dos consultórios e que não dizem respeito a um quadro legal coletivo. Condutas que são envoltas em subjetividades e iguais periculosidades, mesmo se sobre elas for difícil legislar, mas, se possível fosse, pouco ou nada adiantaria, porque ainda passam pelos entendimentos médicos sobre a vida. As falas a seguir nos dizem sobre alguns desses aspectos.

Os casais falam em muitos momentos dos critérios racistas e eugenistas utilizados pelos médicos:

Quando eu engravidei, aí começou também o desespero, porque o médico, eles são muito racistas, esse médico é muito racional, se tu conhecer tu vai ver isso aí. Eu engravidei no mesmo dia, deu certo, eu fui lá ver o ultra-som, eu feliz da vida, “eu vou ver o meu embriãozinho, agora eu tenho certeza que eu estou grávida”. Ele olhou, olhou, sério lá, “dá uma esperadinha ali na sala” ...E eu não era burra pra saber o que é amniocentese, aí já gelei. Ele bateu na tecla, cada vez que eu ia lá, “vamos fazer amniocentese”. Eu disse, “eu não faço, porque se for pra quando...ter uma criança e dar, eu não vou tirar. “Pra que fazer amniocentese?”, eu dizia pra ele, “correr um risco, ter uma infecção, ruptura de membrana, perfuração de membros?”...Nesses centros de pesquisa, existe um racismo nisso, tem que sair bonito... (entrevista 33/34, Anita, esposa de Ezequiel).

Ao mesmo tempo em que apontam para a decisão do casal, no caso da gravidez trigemelar, já relatada, nesse depoimento a mãe se recusa a fazer um exame de amniocentese que poderia, eventualmente, trazer um diagnóstico justificativo de uma interrupção de gravidez, sendo sua decisão não respeitada. Será por que se trata de um preventivo, apenas ?

O médico esse, um deles, né, aquela insistência, tinha porque tinha que fazer a amniocentese, “eu não quero eu disse”, pra ele, mas ele me forçou tanto. Eu até cheguei lá o doutor me convenceu a fazer um outro, que não era invasivo, que era com anestesia local, agora eu fiquei sabendo por outra pessoa que o ...local é maior que um evasivo, uma amniocentese, e que dá a mesma segurança . Mas ele não disse nada disso, é claro, ele queria ganhar também. Eu fiz, ele disse “é ótimo, tu tem...é compatível com 28 anos. Eu não disse pro senhor que eu não iria ter problemas?”... Aí ele assim, mas é bom fazer um outro exame, me mandou fazer um outro pra São Paulo, eu disse “não faço”, “é bom fazer”, ele disse, “(nome), você

tem que ser responsável.” Eu disse, “mas eu estou sendo responsável...”. “Não, mas nós temos que fazer.” Insistia demais (entrevista 33/34, Anita, esposa de Ezequiel)

Essa mulher relata sucessivos conflitos com o médico. Ela insiste em dizer não tenho nada, sou saudável, não fumo, não bebo. Nós ficamos nos interrogando sobre o que estaria colocado nessa relação. Seria medo de que houvesse algum problema com o bebê? Cegueira de sua parte, ou contestação à onipotência da medicina?

E ele mandou fazer um exame lá, que não precisava...Aí eu disse, “Você já não falou que deu tudo ótimo na histerografia?” “Parece que tem umas coisinhas lá por dentro do útero, vamos investigar isso”...Eu estava desesperada, sozinha, véspera de Natal, o homem estava lá pra fazer. Olha, que sedução, qual é o médico tão bom, tão desprendido, que dia 24 de dezembro, à tarde, estava lá. “Vamos fazer, é uma coisinha rápida”. Eu até passei o Natal, meio [...], exame sem necessidade alguma. Daí ele disse assim: “É o que era previsto, não deu nada”. Não é nem a dor, não é nem a anestesia, que é um risco, mas eu me sinto um objeto na mão deles. É isso que eu acho que falta nesses Centros de Pesquisa..., não podia ter só um médico, tinha que ter uma equipe multidisciplinar, porque mexe muito mais com a cabeça, com a emoção, do que com o corpo, tudo isso afeta, a gente sabe disso.

A entrevistada precisa estar todo o tempo montando estratégias para driblar o poder da clínica e decidir sob menor pressão. Existem fatores não explicitados da parte médica, segundo ela, como a ganância por dinheiro, e isso pesava na sua insistência em não fazer o exame. Ela relata que o médico insistia sobre a possível doença do seu filho, “ele poderia ser excepcional, dizia”. “Dizia, ele pode não vingar”. Ela sentia-se alegre por estar grávida, mas, ao mesmo tempo, desamparada diante da frieza do médico.

Ele dizia para mim: você não sabe como é difícil uma família querer tanto ter um filho. Você já imaginou um casal ter um filho excepcional? É muito triste. Mas isso é uma decisão que devia ser nossa, não dele. Então, na primeira consulta que eu perguntei pra ele qual era a chance, ele disse: “Não tem”. “Então, eu vou fazer”. Fiquei toda animada, depois que deu certo, aí que apareceu essas pessoas pra fazer um monte de exames. O meu marido entendeu isso como uma questão financeira, quanto mais exame ele fez, mais ele tinha que pagar, pagava-se no ato (entrevista 33/34, Anita, esposa de Ezequiel).

São relatadas ainda outras condutas tomadas como suspeitas e que parecem ter sido as responsáveis pelos problemas apresentados posteriormente.

É, porque eu fiz a laparoscopia para ver se eu tinha endometriose, porque eu acho que é o único meio, né, não sei bem. É, mas é o único meio para ver se tu tens, também para ver se tu tens algum bloqueio nas trompas, tudo, em consequência da endometriose, é através da laparoscopia. E aí por isso que eu fiz, mas aí eu tive toda essa complicação, eu tive hemorragia, voltei para o centro cirúrgico, tiveram que cortar embaixo para poder, né... e aí no outro dia eu vim para casa. Aí que eu fui à [...], e ela constatou que elas tinham errado em alguma coisa, que tinha alguma coisa errada, porque na fita era para ser filmado tudo e a parte das trompas elas não filmaram. Mostrei para Dra ... também e ela constatou isso também. Já a Dra. deixou bem claro que alguma coisa tinha acontecido errado. Depois eu fiz

novamente a salpingografia e a minha trompa, a direita, estava bloqueada e a esquerda estava quase que bloqueada e eu fiz com o mesmo médico as duas, a anterior e a segunda (entrevista 15, Tereza, esposa de César).

Além disso, as entrevistadas, falam em repetidas inseminações, mesmo sem sucesso, o que configura uma situação fora das recomendações do CFM, prática que no relato das entrevistadas é reprovada por outros médicos.

E ele não poupou nada, falou escancaradamente mesmo. Ele disse que aquela tarde, eu não era a primeira, eu era a terceira pessoa, se não me engano, cliente dela que ia lá procurar por ele e que ele achava uma aberração o que ela estava fazendo. Assim, me pareceu, eu posso estar equivocada, mas me dá impressão assim, na fala dele, que ela era extremamente mercenária. Porque não havia, assim, um tratamento diferenciado, eu era apenas um número lá dentro. Essas questões emocionais [...], mas lá na [...] foi impressionante, porque a consulta dela era extremamente rápida, eu fiz tudo particular, extremamente rápida, ela não te abria muito. O meu marido queria assim [...], “o problema é comigo?”, dizia ele. “estou aberto pra fazer qualquer tipo de exame”. Às vezes, se forçasse um pouco, ela dizia, mas como ela era no Estado a mais próxima pra gente trabalhar, aqui eles davam alguma oportunidade...Ela sempre com pressa, ela é apressadinha, não dava nem tempo de tu falar das tuas preocupações, das tuas ansiedades, se esse é o caminho, vamos tentar isso, vamos tentar aquilo, não. Eu, hoje, conhecendo o que eu fiz depois em Porto Alegre, é que eu pude ver que não é por aí também. Eu acho assim, aquela cautela, vamos ver, vamos estudar qual é o teu caso, uma consulta um pouco mais demorada, ver realmente o que está acontecendo, as causas, se é o momento realmente de fazer. Eu só achei interessante, assim, porque ela não quis fazer proveta, hoje eu entendo, porque naquela época ela não fazia, inseminação era um [...] dela, ela podia fazer várias e é um custo e nós pagávamos tudo em espécie, não sei se não podia ser cheque e pagávamos (entrevista 33/34, Anita, esposa de Ezequiel).

Às vezes passa-se de uma endometriose para um ovário policístico. De uma cirurgia de varicocele para um diagnóstico posterior de que ela não era necessária. Tanto em relação ao cisto como em relação á varicocele, o médico critica os tratamentos anteriores e propõe **“o tratamento”**. **“Aqui eu posso”**.

Eu tinha uma endometriose, daí um pouco, eu tinha ovário **policístico**, mas eu já tinha feito uma cirurgia, só que o médico de lá disse que eu não devia ter feito a cirurgia, há anos que já não se faz. Eu tinha tirado um cisto também, um cisto que estava em laranja, líquido, mas...então tinha várias coisas. O meu marido também tinha **varicocele** e ele tinha também feito a cirurgia da varicocele. Lá, ele também disse que ele não precisava ter feito essa cirurgia, que há anos já não se faz mais, também, é só dar um remedinho ali, que trataria (entrevista 9, Gilda esposa de Ray).

Expor todas as questões que dizem respeito às dúvidas, aos desconhecimentos e às incógnitas é apontado por alguns médicos como seu dever, ao mesmo tempo, nesse dever há, de sua parte, o reconhecimento do direito do casal.

Dentro do procedimento médico, o casal tem o direito, e a gente tem o dever de expor claramente todas as questões. Nós temos o dever de expor claramente a

realidade. Eles têm que saber exatamente quais são as chances de gravidez. Eles têm que saber que pode cancelar ciclo. Que pode chegar com menos embriões do que precisa. Se chegar com menos, terá menos chances de gravidez. Que poderá ter efeitos colaterais. Que pode ter algum tipo de risco. Eles têm que saber tudo muito bem. Eles têm que se posicionar antes se tiverem óvulos em excesso. Se eles querem congelar embriões, se eles não querem. Se congelarem embriões, que responsabilidade moral eles têm com esses embriões. Então eu acho que tudo isso é o papel de quem trata no interior dessas áreas. Isso envolve toda uma gama de valores éticos. Eu acho que a gente tem um papel forte e importante em relação a isso (entrevista 5, Dra. Rosita).

Na concepção de alguns médicos, cabe também a eles possibilitar a informação sólida e adequada, indicar o tratamento correto, fazer o diagnóstico correto:

Primeiro, o papel do médico é dar o diagnóstico adequado da causa de infertilidade para poder indicar o tratamento correto. Esse tratamento passa por tratamento clínico, tratamento cirúrgico ou por reprodução assistida. Então, a infertilidade toda não está drenada para reprodução assistida. O papel começa ali, na ocasião do diagnóstico. Eu acho que o papel do médico é ter uma formação sólida, técnica. E eu vou repetir o que eu já te disse antes. Eu acho que esse casal precisa ser carregado no colo, mesmo quando se trabalha numa área que é estritamente [...], quando se fala da reprodução, da parte técnica de laboratório, é técnica ao extremo. Mas isso envolve alguma coisa que para esse casal é tão fundamental que a gente tem que se dar conta e ter sensibilidade em relação a isso. Esse casal precisa da gente, ele precisa de apoio, ele precisa de afeto. Ele precisa que a gente transmita confiança.... Normalmente são casais que vêm de 5, 10 ou 15 anos de frustração crônica. E então eles precisam deste apoio e deste estímulo. Mas de um estímulo apoiado, se bem que com os pés bem dentro da realidade. E conhecendo que é um procedimento ainda falho. Que a média de sucesso é até 40%. É um procedimento bem falho (entrevista 5, Dra Rosita).

Ao mesmo tempo os casais apontam freqüentes equívocos de diagnóstico:

Ela fez exames em mim e disse que eu não tinha nenhum problema, pediu para ele fazer espermograma, e o exame dele deu bom. Ela disse: “Dentro de seis meses tu engravida”, e passou dos seis meses e eu não engravidei, aí eu voltei, aí eu contei que ele tinha tido um casamento, ele tinha vontade de ter filho e que ele não tinha tido, então eu disse isso pra ela, então ela disse “vamos pedir pra ele fazer um outro exame”. Naquele outro exame ele fez o que todos os outros homens fazem, três dias sem manter relação e “agora faz o seguinte, vai ter relação à noite e de manhã, ele faz o exame”. E a gente fez e deu um índice baixíssimo e aí ela ficou preocupada, mandou ele fazer um terceiro, esse terceiro deu médio, não deu tão baixo e nem... Ele tem oscilação muito grande e daí genética. Isso quer dizer, então [...], daí ela disse assim, considerando os exames ele tem condições de ter filho, vai ter. Mas, aí tem que ser assim, o dia que você estiver ovulando, ele tem que estar com a produção alta. Filho dele... é uma loteria, eu tenho 40 anos (entrevista 23, Tereza, esposa de Kauli).

Noutras vezes, o médico diz que as pacientes chegam desgastadas por pessoas que tentam tratar, mas que não são especialistas e que cometem erros em suas condutas, mantendo a mulher em tratamentos convencionais durante tanto tempo.

O maior problema é o insucesso do método, o método não é [...], não tem uma porcentagem muito grande de sucesso, ele gira, dependendo da causa, da situação,

gira a 40% de chance, quer dizer, o insucesso é de 60%, então isso é um problema. E normalmente as pacientes vêm já desorientadas, já vêm desgastadas com outras pessoas, que normalmente tentam tratar e não são especialistas, então elas já chegam um pouco desgastadas... Ela tem uma idéia geral, mas a nossa informação, ela não é 100% com que ela vem de fora, hoje está muito democratizado com a mídia, com a informação externa, está passando democratizado essas coisas, mas assim ainda elas não vêm com todas as informações adequadas quanto aos métodos, chances, questão ética (entrevista 12, Dr. Josué).

Para a maioria dos casais o médico não se envolve como deveria, e suas condutas provocam suspeitas sobre seus interesses econômicos.

Como a gente passou por vários médicos, a gente viu várias atitudes diferentes. Mas grande parte eu vejo que não tem um envolvimento muito grande. Sinto que é uma questão financeira. É uma questão de sobrevivência, alguns até tentaram fazer alguma coisa, disseram que estavam fazendo um tipo de tratamento, na realidade era uma coisa muito experimental ainda, não era uma coisa consolidada. Foi só a partir do momento que a gente foi para Porto Alegre que a gente viu melhor, aquele pessoal conhece alguma coisa. Aqui eu senti muito que as pessoas estavam tentando fazer alguma coisa que não sabiam direito. Lá a gente sentiu diferente, as pessoas estavam mais preparadas. A equipe era boa e os médicos estavam bem preparados. Lá a gente sentiu desde o primeiro momento que a coisa poderia acontecer (entrevista 26, Simone, esposa de Armory).

Além da fala acima, há casos em que a mulher já havia sido submetida à terceira ICSI, quando o/a médica em questão, depois de levantar várias hipóteses sobre o insucesso, resolveu refazer o espermograma e avaliar melhor a qualidade do material masculino, constatando, nessa ocasião, problemas morfológicos graves, além de problemas de mobilidade e mucosidade significativa. A fala abaixo expressa todo o descontentamento com a prática médica, em relação ao descaso quanto a pesquisar os espermatozoides.

Para os meus amigos, para as pessoas que estão aqui eu não tenho nenhuma restrição de dizer o que eu disse para a (esposa), olha isto aqui não está sendo tratado com o profissionalismo que devia. Porque se ela chega lá e diz: olha estou casada há tanto tempo e não engravidei e tô querendo engravidar. Então, bom, primeiro passo da ginecologista é dizer, bom, primeiro vamos fazer alguns exames aqui tal, e antes, no meu ponto de vista, depois que eu passei por tudo isso, que são oito anos atrás ou nove, mas eu já via naquela época de que eu deveria também ser submetido a alguns exames, antes pelo menos aqui com a Dra. (nome), ela tomou um ano de hormônios, etc., etc., sem ela sequer ter solicitado um exame de esperma, e se eu não tivesse esperma? Então é o básico, então quer dizer, quando a (nome) começou a tomar aquilo e depois de um ano e nada, e nada, e todo o mês aquela agonia, todo o mês aquele desgaste, o desgaste para a mulher, considerando que eu não tinha todo o mês aquela pressão, aquela ansia, o desgaste psicológico da (nome) era que cada mês que passava e não dava certo, isso ia se agravando, vai agravando, vai agravando, e passou seis meses, oito meses, e ela tomando essas doses de hormônios, que isso realmente tem efeitos colaterais que eu acho até bastante sérios, ela disse: oh, eu acho que era conveniente a gente fazer um exame de esperma no seu marido .Ou a outra parte envolvida no processo, isso para mim era o básico, né, era o básico, e talvez no livrinho deles até esteja que eles vão pesquisar, mas primeiro eles vão te consumir psicologicamente, financeiramente, no nosso caso, vamos dizer, a preocupação financeira não era grande, mas tem pessoas aí mais simples, etc., que daí eles vão, daí eu acho que tem todos esses aspectos, acho que faz parte do

processo de dizer: olha, vamos primeiro consumir um pouquinho aqui, porque eu vendo esses hormônios que vêm importados, que eu mesmo importo, e eu já cobro uma meia dúzia de consultas durante um ano, depois a gente aprimora o processo e vamos para outro lado, eu acho que era mais ou menos por aí (entrevista 18, Raul, esposo de Janete).

Há que se considerar ainda aqueles casos em que cada vez que o tratamento não funciona a explicação da parte do médico é diferente. O relato seguinte é um dos bons exemplos de nosso estudo: “Na primeira vez que eu fiz, a doutora disse que o meu ovário não reagia de acordo com a minha idade, e que ele reagia como o de uma mulher de 40 anos” (ela tinha 34 anos).

A médica explicou que por causa disso as suas chances estavam reduzidas e que ela havia se equivocado na conduta de tratamento porque não conhecia o corpo da paciente.

Na segunda vez, ela me disse que eu tinha seis óvulos bonitos Resultaram três embriões considerados de péssima qualidade, a médica disse que eu devia ter problemas nos meus óvulos, que deveria fazer uma análise dos óvulos, que talvez eu precisasse de doadora de óvulos.

A paciente estava convencida de que não havia embriões; ela diz: “como eu ia ficar grávida, se não havia embriões”, mas mesmo assim continuou tomando progesterona, sem nenhum convencimento de que havia embriões. “Era como se todos tivessem morrido na transferência”. Aliás, já no dia da transferência, diante da fala de que os embriões eram classe B e C, o companheiro dela chorou muito. E ela comentou sobre as possibilidades de doação de óvulos, uma vez que havia a suspeita de problemas com os seus óvulos. Ela disse: “Eu faria isto por ele”.

Os exames deram resultado negativo. Embora sempre com muita decepção, a constatação da inexistência de gravidez já era esperada. Na conversa seguinte com a médica foi feita toda uma anamnese familiar para levantar a possibilidade de doação de óvulos. Como ela tem quatro irmãs, cada possibilidade foi avaliada e descartada, porque se concluiu que envolveria um terceiro elemento: os filhos delas, ou ainda sua ausência, mas principalmente seus companheiros. Descartadas essas escolhas, a médica resolveu então pesquisar os espermatozóides. Constatou-se que somente 9% deles tinham condições de serem fertilizados. Depois da capacitação, embora só com dois embriões, a paciente engravidou de ICSI, hoje tem um menino.

São muitas as situações em que esses equívocos de conduta no tratamento se colocam, o que, a nosso ver, demanda muita discussão pública, muitos esclarecimentos aos casais, muita reavaliação dos procedimentos nas clínicas e uma formação médica sólida, o que parece

não estar acontecendo até aqui na maioria das clínicas, fato, aliás, relatado por um dos médicos durante nossas entrevistas:

O problema é o seguinte, em face deste procedimento, que é relativamente caro, muita gente está sendo atraída pelo problema preço. E é gente de qualificação fraca. É gente sem qualificação. Porque há abertura. É claro que muita gente deste tipo vai acabar mexendo. Ou então vai se manter. Compreende, aventureiro sempre tem... Esse é um grupo, por exemplo, fadado a não fazer nunca nada. É gente que não tem titulação. É gente que não estuda. Gente que não se prepara, que saiu com o impulso daqui. No momento em que esse impulso desaparece, acabou. Ele tem uma sobrevivência de dois ou três anos. Ele tem uma sobrevivência. Ou então eles encontram pessoas. Eles se ligam a centros mais fortes, com maior capacidade. Então eles vivem assim, num sistema de vasos comunicantes. Isso também é possível. Só que isso depende muito. Por exemplo, nós estamos agora para formar, aqui, um grupo só de PH (entrevista 16, Dr. Alcides).

5. Especialização médica: uma solução ?

Por outro lado, talvez essas situações estejam se dando porque, segundo Borges em 2002⁹, em reportagem sobre a implantação da pós-graduação em reprodução humana, a reprodução assistida é uma área nova da medicina, uma especialidade não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina. E, embora receba profissionais: biólogos e médicos, não há nenhuma faculdade que forme especialista em reprodução humana no país. Para ele, o mercado ainda não conseguiu absorver e nem formar-recém-saídos da universidade interessados em trabalhar com reprodução.

Para nós, o preocupante é que a sociedade tem confiado ao médico um poder imenso de tomar decisões sobre cada situação; em geral, no isolamento do consultório ou da clínica, o próprio casal espera uma interferência médica no seu caso. Estas decisões não se conformam a decisões técnicas, nem somente aos seus aspectos normativos ou ao campo dos especialistas, urge colocá-las na arena da confrontação política dos interesses. Nesse sentido, ele tem lugar central na produção de normas concernentes à qualidade de vida da mulher, da criança e do casal. Ao mesmo tempo, ele se encontra investido de grande responsabilidade, o que acaba por suscitar, tanto entre eles, como em relação aos seus observadores, ou mesmo ao olhar do simples cidadão, um certo mal-estar, embora esse mal-estar encontre a possibilidade de se manifestar somente nos momentos de insucesso e no confronto com os casais que se submetem a essas práticas. Para eles também constatar erros, indecisões ou má conduta

médica é quase uma experiência solitária, uma vez que também não tornam público o modo como estão sendo tratados, por vergonha ou porque querem evitar a interferência de terceiros.

Esses aspectos resultam, por sua vez, das dificuldades que temos de elaborar coletivamente os critérios de julgamento da vida (IACUB, 2001; JOUANNET, 2001). Por outro lado, seria possível engendrar um processo decisional, integrador das aspirações e dos interesses individuais e das escolhas coletivas, dentro do que podemos chamar uma ética da responsabilidade? (ROTÂNIA, 1999).

As tentativas de regradar essas ações, passando as questões pertinentes aos comitês de ética ainda são muito limitadas. Talvez também não sejam o melhor caminho, uma vez que o cotidiano dessas práticas exige por si mesmo uma equipe interdisciplinar capaz de avaliar e julgar cada situação à luz da ética diária. Essa não é simplesmente uma ética que deriva de princípios legais, mas é uma ética introjetada, respirada e tomada em conta em qualquer situação que envolva uma decisão sobre tratamento. Mais do que de fora, ela está no interior da própria prática. Esse aspecto nos foi reforçado por um dos entrevistados em Paris.

Não criar expectativas, dizendo que a tecnologia é limitada, de maneira geral, é um aspecto da questão. Mas não admitir que, além disso, o serviço naquela clínica é limitado, diz respeito a outro aspecto. Carece, nesse caso, até mesmo de atitudes fiscalizatórias dos órgãos competentes. Os casais podem ser vítimas dessa tecnologia na medida em que estão nublados os limites dos meios de cultura, da habilidade tecnológica dos manipuladores, sem contar os limites da medicação e os fatores econômicos.

Creemos que todos têm o desejo de tomar como prioridade a pessoa em sua dignidade, inviolabilidade e integridade, princípios que pautaram, por exemplo, a discussão sobre a lei de bioética na França em 1994 e que fizeram desse país o único do mundo a propor uma legislação global para a ética médica, segundo Mattei (1995).

Para este autor, a profissão médica está em plena mutação. Nos últimos 20 anos, quatro mutações estão fazendo com que ela perca a direção.

1. A tecnológica – alguns médicos se apresentam mais como cientistas do que como humanistas. Um técnico tem prazer em colocar em obra a técnica de congelamento, de inseminação, de ICSI, e para isso ele encontra palavras nobres e nela sua razão de ser. Engenheiro em maquinaria humana, ele se afasta do humanismo, que responde a um sofrimento.

2) A econômica – o médico é mais e mais constrangido pelos custos, balanços e mais preocupado pelo equilíbrio financeiro do serviço de sua clínica, do seu gabinete ou de sua estrutura de cuidado, e confunde o comércio e a prática. É isso que motiva sua ligação com a tecnologia, que pode ser um modo de retirar vantagem da clientela, de melhorar o seu balanço, embora, em um primeiro momento, a medicina tenha se jogado mais sobre as novas tecnologias por medo de perder os seus clientes.

3) A midiática – o desejo de ser o primeiro a fazer alguma coisa, de ter seu nome no jornal. A notoriedade de um médico depende da quantidade de aparições e de sua notoriedade pública.

4) A administrativa – cada um acredita desobrigar-se de sua responsabilidade através de uma nota administrativa a seu superior hierárquico. O resultado é a transferência de responsabilidade individual para a irresponsabilidade coletiva.

O primeiro desvio é encontrado com menos frequência nas denúncias sobre as práticas médicas feitas pelos casais. E as entrevistas com os médicos revelaram, em sua maioria, uma preocupação humanística muito maior do que uma preocupação tecnológica, embora haja também aqueles casos em que relatam com prazer o fato de estarem desenvolvendo tecnologias novas, ou até mesmo usando a maturação de espermatozoides, altamente condenável em alguns países, como na França, por exemplo, como já dissemos anteriormente.

O segundo é bem comum entre nós, e aparece relatado frequentemente nas entrevistas dos casais falando sobre as condutas médicas. Conforme testemunham os depoimentos a seguir:

Quando você fica sem dinheiro, você fica nervoso, você perde a sensibilidade. É tudo um jogo. Ao mesmo tempo, você ganha o apoio dele e ganha uma paulada. Na realidade, eles te tratam como objeto. Poxa, é uma coisa, maravilhosa, é uma coisa assim fantástica, eles estão lidando com vida, mas se ficam sem dinheiro... (entrevista 34/33, Ezequiel, esposo de Anita).

Isso aí, ele disse claramente na primeira consulta que não se preocupasse, que era uma questão de tempo, ele só não falou uma outra coisa: de tempo e dinheiro, devia ter dito, era uma questão de tempo e dinheiro. Bom, aí começou o tratamento lá, né. Então os pacotes dele na época eram, pode fazer individual, era 7.000 dólares cada tentativa, ou você fazia um pacote para 3 tentativas de 15.000 dólares. Quer dizer, se desse na primeira, você pagou 15.000, se desse na segunda, pagou 15.000, se desse na terceira... então, quer dizer, se a gente olhasse em termos financeiros para eles era interessante que desse na primeira, porque eles teriam cobrado todo o trabalho deles para três tentativas, mas teriam feito na primeira; por outro lado, toda a medicação vinha deles, que é uma medicação caríssima, se a gente for falar disso aí, isso aí não tá incluso, nem sequer uma dose de um remédio, que praticamente eram todos importados. Eu acho que a medicação ali para cada tentativa era mais ou

menos 6.000 dólares. Era mais ou menos por aí. Fora a passagem aérea daqui para São Paulo (entrevista 18, Raul, esposo de Janete).

Igualmente no que se refere à deriva midiática. Quanto à quarta, como entre nós só há clínicas privadas, não foi possível até aqui o desenvolvimento dessa prática. Embora muitos erros se devam à incapacidade dos que manipulam a tecnologia, ou a ela própria no interior das clínicas, ao desconhecimento médico, à inabilidade de sua equipe, as hipóteses explicativas dadas aos casais sobre os insucessos nunca chegam de fato a tocar nessas questões.

A responsabilidade dos médicos, deixada a eles mesmos, pode então aparecer como um poder exorbitante de julgar a vida. Quem limita a arbitrariedade? Quem amplia a legitimidade pelo caráter coletivo e negociado das decisões? Diante da reprodução assistida, essa é uma experiência solitária feita pelo casal e pelo médico, mas vivida com maior fragilidade pela mulher, por causa do tipo de intervenção a que ela se submete, o que compromete, em certa medida, sua autonomia. Somam-se a isso os riscos de saúde e de insucesso, o *stress* da busca, o pouco conhecimento e a falta de controle do processo, colocando em cheque sua integridade e a integridade corporal.

Em situação de dor, diante da perda, a mulher está frente a frente com o médico e precisa fazer um “ato de fé” para continuar. É uma decisão individual, tomada muitas vezes sem a clareza de conhecimento acerca de todos os fatores envolvidos. O mal-estar que é provocado pelos percalços do caminho precisa ser esquecido para estabelecer bases outras de confiança, o que não significa condição de igualdade, mesmo se pareçam ser atos de liberdade (FRAISSE, 1995), porque são escolhas que se dão em uma gama reduzida de condições capacitantes.

Segundo Bateman (2001), a questão de saber se a assistência médica à procriação medicalmente assistida, como é chamada na França, é lícita ou não não se coloca mais em muitos países. Isto se insere na sua aceitação global, que é tomada como assistência médica à procriação. Para ela, essa maneira de proceder se impõe não tanto pelo debate público contraditório, mas pela emergência e a difusão gradual de uma prática transgressiva que foi guardada durante longo tempo e mantida em segredo.

Conforme já dissemos no início, quando fazíamos referência a um outro texto da mesma autora (Novaes, 1994), as práticas de fecundação medicalizada não se constituem em uma revolução terapêutica do século XX. Já em fins do século XVIII, Spallanzani tinha usado esses instrumentos para produzir uma fecundação com objetivo instrumental. Dessa

época o que nos interessa é a sua descoberta de que não é necessária uma relação sexual para se ter uma fecundação. O fato de que um médico poderia se autorizar a intervir na intimidade sexual do casal já foi julgado no século XIX como escandaloso. A partir do desenvolvimento da tecnologia houve aceitação da FIV como terapia da infertilidade dentro do quadro excepcional dos casais heterossexuais confrontados com a infertilidade (na França), ou daqueles confrontados com o risco de transmitir uma doença grave, embora isso não seja unanimemente aceito. No interior desse quadro, a natureza, a extensão e os limites de responsabilidade que engajam o médico que aceita praticar esses atos não está clara.

Segundo a autora, a questão que devemos responder é: o que justifica a passagem da sexualidade como modo de concepção de uma criança para a fecundação medicalizada?

Para Bateman, a primeira vez em que um médico se aventurou a propor como solução à infertilidade de um casal uma técnica substitutiva das relações sexuais ele, de certo modo, redefiniu o campo de suas competências profissionais e os atos que lhe são permitidos. Na seqüência, ele se deu o direito, em seguida transformado em dever, de paliar a infertilidade que ele não pode curar. O geral dessa prática é que se tornou aceitável um médico agir diretamente na concepção de outro ser humano. Ela caracteriza quatro níveis da ação e da responsabilidade médica. 1) A discussão sobre a responsabilidade profissional, enquanto ação terapêutica; 2) o acordo entre os membros de uma profissão quanto aos seus objetivos e meios estimados apropriados para alcançá-los; 3) as pressões de ordem social, jurídica e econômica que fixam as condições da ação profissional; 4) o questionamento da atividade profissional como atividade propriamente humana.

Entre os nossos entrevistados, mesmo tratando a tecnologia como relação de ajuda, não há inconsciência total sobre possíveis problemas e responsabilidades, no campo do exercício das práticas de reprodução humana. A esse respeito um dos médicos nos diz :

Uma pergunta que se faz a ICSI por que, quando tu vais fazer fertilização *in vitro* ou inseminação, tu está pegando uma grande quantidade de espermatozóides e colocando pra que eles se selecionem, decidam quem é quem. Na ICSI não, na ICSI, nós vemos o espermatozóide passar na frente, pegamos esse espermatozóide, é claro que ele é um espermatozóide capacitado, nós sabemos que ele é o melhor entre os melhores, mas não sabemos se é esse ou é aquele que está ali do lado ou o outro que está mais à frente. Se nós temos 20 espermatozóides e vamos inseminar 3 óvulos, quem são os 20? Quem são os 3 que vão ser escolhidos, não são eles que estão sendo escolhidos, somos nós que ao olhar passou na frente foi o escolhido, então isso traz uma pergunta: onde que a gente está interferindo? Até agora, o que se tem visto é que não há diferenças em termos de defeitos, em termos do crescimento, em termos de desenvolvimento desses indivíduos até agora estudados, tudo isso é muito novo, não tem trinta anos e a espécie humana vem se testando não sei quanto tempo (entrevista 14, Dr. Petrus).

Na opinião de Bateman (2001), nesse caso a noção de competência profissional não se reduz a uma competência técnica. Ela reenvia a outros deveres e responsabilidades, que devem levar em conta a totalidade das situações das pessoas que solicitam os serviços, além das condições em que os atos prescritos serão praticados e dos resultados desses atos, uma vez que, no caso da reprodução humana, não se trata de ter como objetivo curar uma doença, mas se trata da concepção de um ser humano.

Mesmo que as terapias paliativas sejam correntes na medicina, segundo a autora, no caso da procriação medicalmente assistida os médicos se encontram diante de uma realidade sem precedentes, já que essa técnica tem a particularidade de substituir a relação sexual.

Todas as questões reenviam ao princípio deontológico de não prejudicar a saúde, mas dizem respeito a situações muito mais amplas como: a) de quem depende a decisão; b) sobre que bases ela deve ser tomada; c) a quem se reenviam as conseqüências; e d) com quem se partilham as responsabilidades das conseqüências e das decisões.

Essas são algumas questões, entre outras, que podem se colocar face a cada caso prático relatado por nossos entrevistados, mulheres e homens que muito pouco são tomados em conta durante as falas com os médicos. Eles se reportam ao futuro como algo que dirá respeito aos outros, pouco falando sobre as portas que as práticas do presente abrem e sobre os problemas e as responsabilidades futuras. Mas algumas vezes há que se considerar que essas escolhas do presente acabam por dirigir outras escolhas, as que serão feitas sobre o futuro e os problemas que possa apresentar.

Marlene: O senhor acha que a entrada dessas tecnologias tem provocado alguma mudança no sentido da natureza humana? É a relação natural - artificial?

Eu acho que não, mas acho também que é muito cedo pra gente ter uma idéia clara sobre isso, por que? Porque os bebês que nasceram por essas técnicas, ainda que não existe diferença morfológica, ou seja, de má formação, de desenvolvimento intelectual, de desenvolvimento laboral dessas crianças, seja um trabalho na escola o que for, eu acho que é muito cedo pra gente ter uma avaliação. Porque a criança que tem mais idade nasceu em 1978, tem 20 e poucos anos, então eu acho que é cedo ainda pra gente ter uma idéia clara sobre isso. Eu, particularmente, acho que não...num primeiro momento da fertilização *in vitro* se pensou que essas crianças fossem mais inteligentes, por que? Por que eram crianças mais estimuladas pelos pais, melhor conduzidas, não mais protegidas, mas sim mais [...] e até talvez pelo ambiente familiar, que normalmente são pessoas com mais idade, com relacionamento com pessoas mais velhas, isso tem um desenvolvimento intelectual um pouco maior. Mas nada disso é comprovado, então eu acho que nós ... (entrevista 13, Dr. Afonso).

Há que se considerar que, para além dos princípios de uma ação terapêutica de qualidade, de um acordo entre os médicos sobre quais são os objetivos e quais são os melhores meios estimados como apropriados, a coerção da ordem social, jurídica e econômica determina as condições da ação, conforme dito por Bateman (2001).

O poder de vida e de morte que durante muitos anos foi associado ao exercício do soberano, segundo Foucault (1988) foi há algumas décadas outorgado à sociedade civil e, mais particularmente, às mulheres. Esse poder pode ser formulado em termos de direitos a fazer nascer ou a não fazer nascer. Na relação médico/paciente, esse poder parece ter se transformado na expressão de um poder privado. Como o médico irá exercer um poder sobre o casal que quer procriar, em nome do estado ou de um comitê de ética ?

Eles dizem: “O governo não tem nada a ver com isso”. “Essa é uma decisão do casal”. “Eu coloco isso sempre na opinião deles, eles decidem”.

Em princípio, é sempre o casal, às vezes a mulher que decide. Mas o médico pode aceitar ou não certa escolha. Longe de ser uma escolha absoluta, a intervenção médica resulta então, de uma interação complexa e às vezes conflitual com outros campos, que só podem ser entendidos no interior da análise micropolítica das decisões (Foucault).

É necessário, portanto, em cada escolha, identificar os valores com que as pessoas se engajam nessa caminhada e quais são os interesses que elas protegem. Com efeito, decisões, valores, interesses, supõem tomar uma posição sobre a significação do ato procriador ele mesmo, o poder que o casal supõe deter sobre esse ato, o direito da criança a nascer dentro dessas condições. O objetivo não é, portanto, o de estabelecer critérios ou julgamentos de caráter universal, mas compreender o que fazemos cada vez que decisões são tomadas.

6. NTRc: escolhas e direitos.

As representações sobre os limites e/ou dificuldades para o desenvolvimento dessas tecnologias são recorrentes na fala de casais e médicos. As falas não se reportam ao código de ética médica, aos acordos entre os profissionais, às pressões, mas conduzem a questionar as atividades humanas propriamente ditas.

Se, para Bateman (2001), as terapias inovadoras e os casos-limite são mais do que problemas novos colocados à prática médica, eles definem a concepção corrente dos princípios deontológicos de tratar, prevenir, não prejudicar, e remetem à discussão das premissas de uma ação habitual. Aqui se fala de um outro contexto.

Nas representações médicas, o limite é dado pela condição econômica dos casais: “quem não pode pagar não faz”; junto a isso, o desejo do médico de poder regrar essas dificuldades para manter a decisão sobre a continuidade do tratamento em suas mãos, ainda que ele aponte para as escolhas racionais e os desejos individuais como mercedores de respeito. Ao mesmo tempo, ele deseja o domínio e o controle sobre o processo, porque, de certo modo, já foi investido de autoridade para fazê-lo. Sendo assim, conforme verificamos, as experiências sobre os riscos sobre o corpo e a capacidade reprodutiva dos casais, particularmente das mulheres, encontram-se, em certo sentido, submetidas à vontade e à razão do sujeito médico. O casal, em particular a mulher, são transformados em objetos do controle e da decisão médica (ROTÂNIA, 1999).

A realização do desejo dos homens e das mulheres configura uma base valorativa apropriada para uma ética da possibilidade, vinculada à idéia de irreversibilidade do progresso, mas não vinculada ao cumprimento das obrigações sociais politizadas, pois embora se tome em conta, em algum nível, o respeito à decisão individual do casal, não há respeito ao princípio da justiça como inclusão no efetivo acesso à saúde porque não é uma ética igualitária. “Quem não tem dinheiro, ou se o dinheiro acaba, não faz”.

A autonomia das mulheres, em um campo tão marcado pelo entendimento da maternidade biológica como instinto, é dificultada. Como alguém pode escolher se tem que ser? Dificultam-se igualmente as escolhas de direito e a condição mínima do consentimento informado, que nem sempre orienta as escolhas, visto que grande parte dos entrevistados desconhecia o que o médico fazia sobre seus corpos. E a maioria só coloca questões quando a situação de insucesso cinde as esperanças. Desse modo, a luta por direitos sexuais e reprodutivos, firmada sobre **dois pilares éticos** liberais e que dizem respeito a certas condições essenciais, **o respeito à autonomia e o consentimento informado** (RENDTORFF; KEMP, 2000), está cindida, embora os médicos relatem quesitos hipotéticos que são utilizados em situações de desistência.

O cliente pode dizer “olha, cheguei no limite, não agüento mais, não suporto esse envolvimento, esse desgaste emocional, eu não suporto mais financeiramente”. E o médico pode chegar e dizer “olha, você fez tantas vezes, acho que a partir daqui nós temos que usar outra tecnologia, vamos partir pra uma doação, sei lá ..., ou uma adoção, ou alguma coisa, então pode ser uma decisão mútua”. Mas, vamos dizer assim, se não houvesse interferência de outras coisas, o limite poderia ser estabelecido pelo médico, se não tivesse a participação do emocional, do econômico, do social, todo o médico poderia dizer, “Agora chega, essa tecnologia já não serve mais, esgotamos o [...]”, a palavra final seria ideal a do médico, mas normalmente você observa que é uma decisão do casal e do médico (entrevista 12, Dr. Josué).

(...) o casal, desejando interromper por [...], diz assim, “não engravidou, ela não quer mais fazer.” Essa é uma situação, o casal financeiramente não suporta mais, porque não existe cobertura de planos de saúde, é caro, no nosso país é caro, então o casal desiste por questões financeiras, o casal desiste por não agüentar mais o desgaste, alguns adotam outro caminho, outros decidem por não ter filhos, cada vez mais está ocorrendo isso. Se a gente chega à conclusão que, por algum motivo, aquele casal não pode nem com fertilização, tipo não tem espermatozóide, o homem, não adianta porque se se faz biopsia de testículo não se consegue as células primordiais precursoras do espermatozóide pra amadurecer aqui, não tem. A paciente entrou em falência ovariana precoce, ou seja, a menopausa precoce, vai chover pra cima, pode usar o que tu quiseres, não vai adiantar, pode até [...], enfim, não adianta. Então, passa a ser só com doação, com óvulo doação, semi-doação e daí, de repente, então a gente [...] para o processo e discute com o casal e o casal decide por não fazer (entrevista 4, Dr. Antony).

Outro aspecto diz respeito ao tratamento masculino. Tratar o homem é realmente novo e, se examinarmos outras literaturas consultadas, particularmente aquelas produzidas pelas feministas radicais, a denúncia freqüentemente se dá sobre a conduta dos procedimentos médicos no corpo das mulheres, esquecendo-se de avaliar o homem (LABORIE, 1993), denúncia que seguramente possui muito de verdade, embora a reprodução assistida já esteja matizada por outras práticas.

Essas denúncias se apóiam sobre a ansiedade das mulheres (FRANKLIN, 1990), que são apresentadas como fator ao qual o médico se apega para dar uma resposta, aquilo que a mulher encara como sua última chance. Esse fato também é apresentado como gerador de incapacidade para decidir, porque a mulher, premida por pela ansiedade, teria ofuscada sua capacidade de lucidez, mais particularmente sua autonomia, dignidade e integridade, contando apenas a vulnerabilidade pessoal (OLIVEIRA, 2000). A crítica nesse sentido vai mais longe, dizendo que também gerações futuras poderiam ser fragilizadas diante de tal vulnerabilização.

Entendemos que o comprometimento desses princípios seja um fato, e a eles também se integram os princípios de solidariedade, responsabilidade e justiça, princípios que são tomados em conta universalmente, quando se trata de focar debates sobre a bioética e a biolei¹⁰.

Mas queremos ressaltar que, no discurso dos médicos, os homens também estão premidos de sua capacidade de decidir livre e autonomamente, uma vez que sua infertilidade, associada ou não à impotência, atribui-lhes uma falha e assumir um tratamento via reprodução assistida explícita para o público sua falha. É esse homem cindido em sua constituição de gênero como reprodutor que é checado, exigindo-se dele um engajamento dentro de outra sensibilidade. Esse processo pressupõe uma nova construção do seu eu e o abandono dos

¹⁰ Report to The European Commission of The Biomed – II Project. Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw 1995- 1998.

reconhecimentos do seu eu e do social, que o classificavam como o “homem sem problemas”, até porque muitas mulheres assumiam os problemas dos maridos como seus, além das falhas nas pesquisas médicas. O que perguntamos é se o homem que se engaja em um tratamento para FIV/ICSI ou na inseminação artificial está vivendo uma decisão de autonomia ou não. A reflexão parece dizer que esses homens ganham da tecnologia a condição para sua autonomia e que, à medida que tecnologias são criadas para tratá-los, como é o caso da ICSI, eles recuperam sua “qualidade no social” e as mulheres permanecem tomando hormônios e dispendo seus corpos em partes para ‘esconder’ os problemas do marido”.

Ao mesmo tempo, nessa interface, a mulher que se trata pode estar criando objetivos para sua vida, mas pode também estar somente reforçando os objetivos da vida do marido ou dos médicos. cremos que é mais difícil, pela condição subalterna a que a mulher foi delegada, tomar decisões sem coerção, consentir sem perdas.

O conceito de autonomia pressupõe um conhecimento institucional e cultural baseado sobre um comum valor de respeito para com a diversidade e a liberdade pessoal. O pessoal e o individual estão situados em um largo número de práticas sociais, considerações, paixões e relações com as outras pessoas. O foco sobre a autonomia sozinha marca um esquecimento dos frágeis e vulneráveis componentes da condição humana requerendo cuidado e respeito.

Segundo Rendtorff e Kemp (2000), a dignidade se refere primeiro ao reconhecimento das distintas características dos aspectos da personalidade. Segundo, é o respeito ao intrínseco valor da humanidade e da pessoa. A dignidade humana emerge como uma virtude de reconhecimento, baseada sobre uma relação subjetiva. Ela é um valor e uma responsabilidade moral. A pessoa não possui um preço para trocas e transações comerciais. Ela está baseada em relações de prudência e até mesmo de vergonha.

7. Necessidade de superação... ?

Tomados em conta esses pressupostos, é que consideramos haver ainda necessidade de superação de muitos desmandos médicos, mas também de nossa cultura centrada na medicalização feminina, para conciliar problemas sociais, como é o de gerar filhos, dentro de uma relação familiar monogâmica e heterossexual. Isso não permite, como regra geral, uma decisão tranqüila de não tê-los.

Além desses aspectos supracitados, existem as dificuldades próprias das investigações ligadas a aspectos econômicos e ao despreparo para lidar com as frustrações. Como dar

continuidade a um processo carregado com tantas interrogações, com tanto stress, e com tantas mortes emocionais?

As maiores dificuldades eu parto do princípio que seja possível investigar esse casal completamente, mas quais são as dificuldades que eu hoje encontro. Primeiro, eu acho que sempre se deve investigar um casal a fundo antes de se propor tratar assim ou assado, primeiro você tem que fazer uma investigação profunda. Então, a primeira dificuldade que a gente encontra é a impossibilidade de se fazer esta investigação profunda em todos os casais, ou por que têm um seguro-saúde que não dá cobertura para tal ou não tem seguro saúde nenhum, o que é pior, e esta investigação, economicamente ela pode já ser uma dificuldade, então essa é a primeira dificuldade. Segunda dificuldade, tratar não é difícil pra quem trabalha com isso, então em tese está apto a tratar, então eu acho que a segunda dificuldade é trabalhar com a frustração, sua, profissional, ou seja, acho que o profissional tem que estar maduro emocionalmente para lidar com essa tristeza, por que ela é grande, nós nos envolvemos muito com o casal. Eu costumo dizer assim em grau, em escala de dor, de sentimento, de tristeza, depois do casal, seguramente o profissional, o médico é o que mais sofre. Eu acho que uma segunda dificuldade é nós estarmos preparados para lidar com isso e, diferente do casal, que frente ao resultado ruim muitas vezes vai lá embaixo, nós temos que estar pronto pra ir lá embaixo mas dar força pro casal ir adiante (entrevista 11, Dr. Santos).

Ainda há aquelas dificuldades apresentadas por médicos e casais ligadas ao fator idade. As representações dos médicos passam pelo ideal de que tratar mulheres jovens é muito mais fácil. Claro que nesse sentido há consenso em todo o campo biomédico, embora se tenha que considerar as diferenças individuais e as situações tanto da menopausa precoce quanto as da menopausa retardatária, que necessitam de avaliação específica.

Segundo Jouannet (2001), tratando-se da lei de bioética de 1994, na França o fator idade é relevante. O problema é que a idade da menopausa é variável de uma mulher para outra, e as taxas de sucesso das técnicas diminuem fortemente a ponto de serem quase nulas muito antes da menopausa. A questão que se coloca para ele, nesse caso, é a partir de quando fazer uma reprodução assistida. Quanto ao homem, ele pode procriar em idade muito avançada e vir a ser pai naturalmente. Mas é lícito fazer uma inseminação artificial com espermatozoides de doador para um casal constituído por um homem estéril de 75 ou 80 anos, casado com uma jovem mulher com 40 ou 50 anos a menos do que ele? O autor fala da lei francesa e diz que a situação do médico que é solicitado a fazer isso é embaraçosa, porque a lei nem autoriza de maneira explícita nem proíbe, mas para ele se faz necessária uma reflexão suplementar nesse caso, tomando em conta o interesse da criança¹¹. Durante a entrevista que lhe fiz no CECOS/FR, ele ficou admirado quando lhe relatei situação parecida no material recolhido no Brasil, em que um dos casais tem essa disparidade de idade, além de ele apresentar problemas de saúde graves. Perguntou: “Mas fizeram isso?”. Confirmei e ele disse: “Nós não fazemos, trata-se do bem da criança”.

O fator idade na fala dos médicos também se apresenta em relação com um amplo contexto social que diz respeito ao estilo de vida das mulheres. “As mulheres, e mesmo os homens, deixam para ter seus filhos mais tarde”. O homem, em geral, sequer se coloca o limite da idade, embora esta preocupação seja apresentada pelas mulheres durante as entrevistas¹².

Infelizmente, a gente tem um percentual grande de pacientes com mais de 30 anos. Eu digo infelizmente porque a mulher vai perdendo a capacidade de fertilidade dela na medida em que os anos vão passando, e na mulher acima dos 35 anos é sabidamente muito mais infértil do que aquela jovem. Mas o que acontece um pouco, porque os casamentos talvez aconteçam um pouco mais tarde, e quando o casal é jovem, a tendência é deles se acomodarem com o fato de não terem filhos, fazem uso de anticoncepção por muito tempo. Depois, quando param, ficam acomodados, esperando que essa gravidez aconteça normalmente e com isso o tempo vai passando. Às vezes procuram um profissional que não tem muito interesse nessa área. Então ele examina, não encontra nada, assim que clinicamente é evidente de uma dificuldade. Orienta que está tudo bem, que dê um tempo, e as coisas vão passando. Então a gente observa que a incidência é de casais com um pouco mais de idade. Mas nós

¹¹ Nós temos uma situação em que o marido tem mais de 67 anos, ela tem 36 anos, ele é portador de problemas de saúde graves.

¹² Estudo publicado na revista Human Reproduction afirma que a fertilidade feminina começa a decair no final dos 20 anos - e não ao longo da terceira década de vida, como se supunha. As chances de fecundação no período fértil, na primeira tentativa vão caindo com o aumento da idade: dos 19 aos 26 anos: 50%; dos 27 aos 34: 40%; dos 35 aos 39: 30%. A pesquisa avaliou 782 casais italianos saudáveis, que usavam métodos contraceptivos naturais, e constatou também que a fertilidade masculina começa a cair após os 35 anos. (Jornal do Brasil/JB-2/P-6/VEJA/VJ-8). Recebido através do boletim Saúde Reprodutiva na Imprensa, Edição de 1 a 15 de maio em 25 de maio de 2002.

temos casos de casais bastante jovens com dificuldades. Temos casos de moças de 19 e 20 anos com tratamento de esterilidade. Pode chegar, depende da situação, por exemplo, uma endometriose, que é uma das principais causas de infertilidade na mulher. Ela acomete a mulher bastante jovem ainda e, quando ela está comprometendo seriamente o sistema genital feminino, ela pode ser uma causa importante com indicação de fertilização *in vitro* (entrevista,1, Dr. Egidio).

Os médicos não atentam para a idade apenas pela perda da capacidade reprodutiva, mas também porque consideram que a resposta ao tratamento na interação com a medicação é menor.

Hoje, nós, acho que, no Brasil, a nossa clínica aqui, as dificuldades são financeiras das pacientes, e nós temos hoje um fator idade bastante limitante. As pessoas nos procuram numa idade um pouco avançada, porque você sabe que o ovário a partir dos trinta e cinco anos começa a declinar a sua capacidade reprodutiva. Não quer dizer que não se consiga. Mas começa a diminuir a cada ano que passa. Então as pacientes, numa certa idade, quando se dão por conta, já estão numa idade um pouco mais avançada. Então, por mais que a gente utilize a tecnologia, a gente também começa a ter mais dificuldade. Então nós temos, basicamente, nós temos, assim, dificuldade financeira das pacientes, em função da medicação, e o fator idade é um fator que dificulta também, conseguir a gestação (entrevista 2, Dr. Prado).

A idade é também apresentada como dificuldade na hora de encarar um resultado negativo.

Primeira coisa, eu falo, o que aconteceu? Porque existe dentro do laboratório uma série de variáveis. Então a primeira coisa a gente pensa na idade da paciente, como a gente vai dar o resultado pra paciente? Como ela vai receber? E a gente sabe que precisa ter outras tentativas, que não é sempre na primeira. Acontece muito na primeira, mas a gente sabe que tem que tentar. Então, a preocupação também, ela vai ter que tentar, será que ela vai ter força pra tentar, coragem? Porque a pessoa desanima. Às vezes está tudo muito perfeito, está tudo muito bonito, então eu penso assim, se a gente fez tudo perfeito, estava tudo perfeito pra dar certo, e não aconteceu. A gente vai até um certo ponto, acima disso existem forças maiores, porque foi feito tudo de uma forma correta e não deu certo (entrevista 15, Dra. Marina).

O fator idade, que é representado como limitador para que o processo tenha sucesso, ganha relevância quando o que conta é a maturidade existencial. O que observamos em relação a esse aspecto, na fala das mulheres, é que elas esperam da tecnologia uma solução para todas as situações. Elas se apropriam de si mesmas e se colocam em interação com as tecnologias, acreditando que terão possibilidades. No momento em que o médico aponta para a dificuldade da idade como fator limitante à técnica, elas se ressentem. Elas estão em conluio com aquilo que acreditam ser uma possibilidade, e dizer que há limites desvanece as expectativas individuais, mas não as faz desistir. Insistir sobre esse processo, conhecidos os limites, leva o corpo ao mais absoluto domínio e ao mais radical controle da parte médica, e

isso significa maiores riscos. Mas dizer não o que significa ? Onde está a legitimidade moral, social e cultural dessas escolhas? Se a mulher não é mãe ela não se encontra em situação de discriminação social? Essas demandas falam certamente mais do que sobre o físico, elas falam de outra ordem. Falam de valores culturais ligados à fertilidade e falam de demandas psíquicas de cada indivíduo.

Eu acho até que são mais “pais” (entre aspas) do que, por natural, do que antigamente, e também são pessoas já um pouco mais velhas, que já têm [...], como eu disse antes em relação à mulher e em relação ao homem também, são pessoas mais amadurecidas, que têm um outro conceito, do que alguém que engravida com 20 anos, 18 anos, 21 anos, 15 anos, têm uma concepção diferente, são pessoas que vêm com os seus 35, 30, 40 anos, é um amadurecimento (entrevista 12, Dr. Josué).

O fator idade como problema masculino não apareceu na fala médica, mesmo que existam estudos internacionais, conforme nota anterior, e trabalhos publicados, falando da baixa espermatogênese em homens nas últimas décadas. Embora esses estudos reforcem os aspectos coletivos, é preciso tomar em conta que estes problemas atingem também os indivíduos e suas escolhas.

Destacamos o que nos diz Vandelac (1996, apud JOUANNET, 1995), a partir de um estudo retrospectivo dos 20 anos anteriores, com o objetivo de avaliar 1.351 doadores férteis de um banco de sêmen da região parisiense. Ele concluiu que a concentração de espermatozóide de um homem parisiense perdeu 2% ao ano, o que a fez passar de uma taxa de 89 milhões por milímetros em 1969, a 60 milhões em 1992, com redução de qualidade (mobilidade e normalidade). Então segundo sua pesquisa, se a concentração de espermatozóide de um homem parisiense nascido em 1945 era de cento e dois milhões por mililitro, um homem nascido em 1962 tinha exatamente a metade. Se esse declínio persistir, diz ele, precisaremos de 70 a 80 anos para chegar a zero.

Segundo Vandelac (1996), esses estudos não são somente franceses, há outros com metodologia retrospectiva, como uma pesquisa feita em 1992 sobre 61 estudos realizados no mundo desde os anos 50, que marcaram, igualmente, uma baixa na qualidade do espermatozóide e uma queda de 42% do número de espermatozóides desde 1940. Alguns fatores foram apontados como responsáveis, como aqueles ligados aos produtos químicos industriais, deixados no meio ambiente e utilizados na vida cotidiana, que teriam afetado o sistema endócrino e prejudicado os receptores hormonais. Isso não reduz somente a espermatogênese, aumentando a incidência de infertilidade masculina, mas contribui para o aumento de má-formação genital e câncer de testículos, sem falar das fortes pressuposições

concernentes ao impacto desses estrogênios sobre a endometriose, o câncer de seio e de ovários (VANDELAC, 1996 apud CASTELEMAN, 1996; WRIGHT, 1996).

Outras dificuldades dizem respeito à demora que é fazer um tratamento como esse, além daquelas referentes aos limites da tecnologia, à ausência de pesquisa e à falta de habilidade de quem manipula.

[...] Primeiro você tem dificuldades para o casal entender os problemas. Entender que o tratamento também não se faz de um dia para outro. Que o tratamento demora dois anos em média para o casal engravidar. Depende da complexidade do caso. Mais se de repente o casal levar um ano... e quando se entra em técnica, a de reprodução assistida - fertilização assistida, então o casal cobra muito o resultado. Sendo que a natureza oferece um resultado, e a tecnologia oferece outro com um pouquinho melhor. Também não é muito melhor do que aquele que a natureza oferece. Então você não pode fazer milagre (entrevista 8, Dra. Amanda)

A tecnologia se depara com coisas que ainda são intocáveis: o que fazer com o imponderável ?

Por exemplo, a fixação de embriões são coisas ainda desconhecidas. O processo de implantação depois que ele é jogado no útero, depois que você põe um embrião dentro do útero, até o momento de saber se está grávida ou não, se passa alguns dias, duas semanas, 12 dias, 10 dias, esse período é um período que é uma etapa que a gente depende de quem? Nem da nossa vontade, nem vontade da paciente, é uma incógnita, é terra de ninguém, ninguém domina efetivamente este espaço. A partir do momento que ela tem indicação de fertilização, vai a estimulação, produz folículos, produz óvulos, é fertilizado, produz embrião, congela embrião, transfere embrião, tudo isso se domina facilmente (entrevista 12, Dr. Josué).

Mesmo com todas as limitações apresentadas pelos médicos, há uma positividade dessas tecnologias. Elas se constituem no espaço da ação médica, e se tornam, ao mesmo tempo, o lugar social onde é possível para o médico fazer alguma coisa. Como lugar de passagem, as NTRc balizam o passo em direção à criança ou ao luto. Ao mesmo tempo em que o médico estabelece uma relação de ajuda a partir da tecnologia, sua prática encontra no uso tecnológico e no seu desenvolvimento técnico-laboratorial um canal de inserção social renovado. O médico é o elemento de passagem do nível laboratorial da pesquisa para as clínicas e para a intervenção, em geral sem pesquisa. Ao mesmo tempo em que, de um lado, dá à medicina extremo poder, de outro estimula a busca de controle e de procedimentos capazes de potencializar as opções sociais e culturais para o exercício da maternidade e paternidade, podendo levar à superação ou à negação dos limites biológicos.

Mesmo se por toda parte no mundo hoje, há uma tendência que essa institucionalização se dê com o desenvolvimento de comitês de ética fixando regras de

pesquisa. Se muitas decisões são internacionalizadas, isso depende, em grande parte, do grau de maturidade do médico e dos níveis de confiança estabelecidos.

[...] eu vou te dizer que isso é uma coisa muito bonita, e é desta arte de poder ser pai que vem a capacidade de o médico ser competente, porque se eu conseguir, porque sabe que Freud e outros estudiosos da área da psicológica mostraram que a identificação com o pai é absolutamente necessária para que uma mulher possa viver bem e para o homem também. Então quando a mulher se trata de uma coisa dessa envergadura, que envolve sua sexualidade, sua reprodução, que a meu juízo é pelo menos a sexualidade é o cerne da idéia implicada com a reprodução, eu acho que é o cerne da vida da mulher, e se ela tem alguma falha nisso, orgânica, e quem vai tratá-la no fundo, no fundo, no fundo, eu acho que é o pai, espelhando o pai, o médico tem que espelhar esse pai, então nesse momento uma mulher também se apaixona pelo médico, e é uma paixão muitas vezes forte, intensa, quanto maior esse vínculo e mais forte for o médico de aceitar esse amor por ele, de desviá-lo, de levá-lo carinhosamente para o marido, que também num certo momento é o pai, mas que é o marido, aí eu acho que eu sou um bom médico, eu consigo fazer isso, isso também se chama que é a relação médico/paciente perfeita. Por exemplo, se uma mulher que vai se tratar com psicanalista, para esta análise funcionar ela precisa se apaixonar profundamente por esse homem e esse homem tem que ser profundamente competente para botar isso tudo nos seus devidos lugares. Isso não é comum, daí tu começa a entender porque que tem poucos homens, poucos profissionais da área de saúde que talvez sejam muito competentes, que precisam disso, essa parte psicológica é fundamental (entrevista 7, Dr. Salvador).

Mas, sobre essa função que o médico chama para si, cabe ainda dizer que tudo se mantém no sistema privado de saúde. Uma vez que essas tecnologias são concebidas como relação de ajuda, por que a mesma reflexão não é feita quando se trata de pensar o direito de todos ao seu acesso. Perguntados sobre isto, foi-nos dito que são tecnologias muito caras, que o Brasil tem outras prioridades, embora se reconheçam os direitos de acesso universal a elas, o que nos leva a pensar no problema da especificidade e na coerência do direito assim desenvolvido. E quando oferecidas, a sua segurança sanitária e biotecnológica necessita ser reforçada. Particularmente, porque no nosso caso seu acesso é restrito a quem pode pagar, parecendo então, que tudo pode ser feito. Como também carecem de regulação, favorecem a criação do mercado e expõe os homens, as mulheres e as crianças. Ainda, contêm processos inseguros e experimentais, exigindo a garantia de sua biossegurança.

Do ponto de vista social, na relação com as tecnologias ocorre a resignificação do conhecimento científico pelo senso comum, a assimilação de práticas de outro campo para o da família, a migração do conhecimento biomédico para a linguagem do casal, ao mesmo tempo em que a substituição da relação sexual pela tecnologia.

O que nos parece verdadeiramente revelador é que, de fato, há um novo contexto em nosso presente, chamado até de pós-moderno, mas que permanece sendo veiculado através de valores tradicionais, tal qual referido por Mafessoli (2002)¹³.

Para Lenoir (2001), uma das questões essenciais é a de determinar os limites da intervenção da ciência e da medicina, quando elas são chamadas a reger as situações de angústia humana fora da hipótese estritamente terapêutica. Segundo ele, um exemplo recente aconteceu nos EUA e *Grand Bretanha*, onde os juízes autorizaram os casais, dentro do quadro da FIV, a fazer separar seus melhores embriões a fim de garantir que seu futuro bebê nasça com um genoma perfeitamente compatível com o do seu irmão ou irmã doente, para quem se faz necessária a doação da medula óssea.

Essa visão aparece explicitada nas falas de nossos entrevistados, quando eles pensam em filhos próprios por razões práticas, ligadas à cura de doenças ou à doação de órgãos.

Ainda, segundo Rotânia (2002) a FIV e todas as suas variantes se articulam à pesquisa embrionária, à medicina preditiva e aos processos não curativos de seleção. Tome-se em conta que o diagnóstico pré-implantacional – análise da qualidade embrionária (atitude bastante presente na fala dos entrevistados), abre possibilidades de manipulação do embrião ou pré-seleção de sexo antes da transferência para o útero.

Sem deixar de considerar que um casal, ao escolher essa forma de reprodução assistida poderá ser exposto a ter uma criança portadora de uma doença genética. A amniocentese com fins de análise cariótica é um método invasivo que não pode ser praticado sistematicamente e fazer poderá ter que conduzir à uma interrupção “terapêutica da gravidez”.

13 Revista Caros Amigos, ano VI, N. 64, julho 2002, p. 20-21.

Considerações Finais

Neste estudo foram analisadas várias questões delineadas na introdução do nosso trabalho. Focamos os aspectos teórico-metodológicos presentes no campo de pesquisa, a partir da prática cotidiana das clínicas médicas e das escolhas dos casais. Os estudos de gênero e as discussões vindas do campo ético/bioético foram fundamentais para nossas análises, tanto no que diz respeito ao papel dos instrumentos tecnológicos e laboratoriais no desenvolvimento, produção e exploração dos fatos sociocientíficos, quanto na reflexão sobre os modelos de maternidade, de paternidade e de filiação presentes no discurso de casais e médicos [mailto:](#) entrevistados.

A constituição de um sujeito híbrido, o *casal infértil*, pela biomedicina permitiu-nos compreender e analisar como a mulher continua sendo o sujeito privilegiado da medicalização, ao mesmo tempo que se observa a entrada do homem no campo da saúde reprodutiva.

Esse *casal infértil*, modelo que configura a entrada do homem no campo da reprodução assistida, também engloba um projeto de conjugalidade que se expressa na busca pelo *filho do próprio sangue*, tanto para o homem quanto para a mulher, embora para a mulher pareça contar em demorado a experiência da gravidez e para o homem muito mais o desejo de ter um filho e a constituição de uma família. Ao entrar nesse campo, o homem expõe publicamente seu corpo (coletando espermatozóide em laboratório para fazer um filho), escolhe participar do tratamento e desloca a paternidade do cuidado dos filhos para a escolha consciente de fazer o filho em laboratório pagando muito caro por isso. Esse fato traz indicativos da necessidade de ampliar os estudos no campo da paternidade, para perceber o que significam essas demandas e escolhas.

A categoria biomédica *casal infértil* permite que se fale e se busque *tratamento* para a infertilidade masculina. Supera-se, desse modo, a ausência do homem no campo reprodutivo e ao mesmo tempo dilui-se a infertilidade como problema de mulher. Considere-se que ocorre uma transmutação, talvez ainda pouco explicitada, já que, uma vez focada a *infertilidade no casal*, desaparecem em teoria os indivíduos homens e mulheres. Eles, individualmente, não poderão ser classificados como *inférteis*, pois é possível que só o sejam nessa relação, podendo não o ser com outra pessoa. Também nesse aspecto, consolida-se a conjugalidade da busca, ou seja, trata-se o que se considera um problema para o casal. É necessário *fazer* o pai e a mãe para que esse casal se torne *família*.

Embora o processo de reprodução *in vitro* permaneça, no caso da mulher, marcado pelo entendimento de que se trata de desejo, instinto e paixão, o gestar e o amamentar continuam sendo apresentados como marcadores de sua experiência existencial de gênero.

Justificar as NTRc pelo desejo de um filho reforça a busca de identidade feminina, dado que parece se configurar em algumas entrevistas. O modo como os casais e os médicos buscam *fazer o filho do próprio sangue*, está carregado de significações ancoradas na maternidade biológica, expressa na barriga que cresce e no ato de amamentar. Na contraposição entre o útero e o espermatozóide, a mulher é percebida como útero, órgão que a insere na possibilidade reprodutiva; no entanto o homem não é identificado com o espermatozóide, que é considerado apenas um elemento que soma e potencializa o processo. O homem assume, sem dúvida, uma nova postura ao ser *tratado*, concebendo tal fato como um apoio para a mulher. Essa participação masculina permite a construção de um projeto de conjugalidade igualitário.

Do ponto de vista da saúde reprodutiva, a entrada do homem nesse campo mostra que as relações conjugais ligadas ao *tratamento* da ausência de filhos, são agora complexificadas. Por um lado, o tratamento permanece centrado no corpo feminino, em convivência com todas as formas tradicionais de tratar infertilidade. Desse ponto de vista, a medicina reproduz o lugar da tradição de coerção sobre as mulheres, ferindo em grande parte sua liberdade e autonomia. Por outro lado, o reconhecimento de que grande parte dos *problemas* de infertilidade se devem a fatores masculinos, permite dirimir a carga histórica da culpa feminina quanto à ausência de filhos. A inclusão do homem na questão da saúde reprodutiva recicla, de certo modo, o conhecimento médico, marcado tradicionalmente pela intervenção sobre o corpo feminino, e obriga a medicina a desenvolver novos aparatos técnico-científicos, médicos e laboratoriais.

A ICSI¹ é um exemplo de desenvolvimento tecnológico concebido com vistas a possibilitar o nascimento de um filho para o homem com problemas de “fertilidade”. Na medida em que existem os recursos para a concretização do projeto do casal – ter um filho –, permite-se a solução também para o dilema de sua ausência. Soluções como o aceite de óvulo doado são vistas como prioritárias, pois o que importa para o homem é o vínculo consanguíneo com a criança e para a mulher, a gravidez. Outras possibilidades de realização

¹ Injeção intracitoplasmática de espermatozoides

do desejo de ter um filho, como a adoção, são recursos aos quais se recorre, uma vez esgotados todos os outros.

Mesmo que quase todos os procedimentos sejam desenvolvidos no corpo feminino, esse aspecto é desfocado para o projeto do casal, operação que, ao mesmo tempo em que desmistifica os estigmas da infertilidade feminina, compatibiliza as novas exigências do contexto das *altas tecnologias*. A tecnologia é mediada assim por sujeitos concretos, no híbrido casal.

A busca pelo filho insere-se no projeto comum dos envolvid@s. A entrada do homem no processo faz dele um sujeito que escolhe se reproduzir e que investe tempo, dinheiro e energia na *publicização* da busca de solução para uma dificuldade. Um aspecto que sempre é destacado na fala dos homens em relação ao uso dessas tecnologias, é que elas permitem a participação masculina no processo de busca por um filho. O homem se considera mais consciente ao fazer um filho via NTRc, pela participação planejada e desejada. Em suas falas, faz sempre a comparação entre ter um filho por vias naturais e buscar através de métodos tecnológicos. Na busca através de inseminação, fertilização *in vitro* ou ICSI, ele se diz participante, pois é consultado sobre seu desejo. Tanto o poder de fazer um filho, quanto a responsabilidade pelo processo passam a ser de ambos: homem e mulher. No nascimento de um filho via processo *natural*, ele considera que a responsabilidade é praticamente toda da mulher, mas que através das NTRc ele tem que se envolver na decisão.

Observamos que o modelo de masculinidade tradicional, centrado em valores como potência, força física, dureza nos sentimentos, ausência de emoções e racionalidade lógica, volatiliza-se nos esforços empreendidos por esses homens na busca do filho. Embora misturada e contraditória, há uma nova forma de ser, que é visualizada no medo com que se colocam em relação ao processo consciente de fazer um filho via tecnologia. Da mesma forma, esse medo se expressa na relação com o médico, visto como pai simbólico, e no modo como permitem que ele faça os procedimentos. Talvez para garantir seu lugar no projeto de paternidade, é que esses homens invistam em presença física junto à mulher e em acompanhamento emocional no ato de fazer seu filho biológico sem sexo.

Nesse caso, não se tratam apenas de mudanças nas práticas cotidianas ligadas ao cuidado para com os filhos, explorada em outros estudos como os de Siqueira (1999, 2000). Mas os novos empenhos se dão, também, no modo como consultam urologistas, fazem exames clínicos, usam medicação, acompanham os sucessos e os insucessos do

tratamento e no modo como se envolvem com a gravidez. Particularmente, ressaltamos o fato de que se apresentam como apoio e âncora para suas companheiras. Nesse jeito de falar de si, estão reforçados padrões de força emocional e equilíbrio, que, na opinião deles, faltam em suas esposas, entendidas como as que vivem momentos de grande fragilidade e até mesmo de desequilíbrios emocionais. Essa forma de ser, fala de um homem inserido em um contexto tecnológico no qual ele precisa *garantir sua participação física com seu material genético*. Mas fala também dos fantasmas de troca do material e das relações de sua esposa com o médico. Ele precisa garantir seu lugar social no casamento e seu lugar emocional na relação. Ao mesmo tempo, coexistem as resistências masculinas e a responsabilidade centrada na mulher.

Configuram-se, portanto, novas relações de gênero, na medida em que não se pode mais falar de ausência masculina em um consultório médico, quando se trata de reprodução assistida.

Tomar em conta o papel das técnicas e tecnologias de laboratório no desenvolvimento, produção e exploração dos fatos sociocientíficos e reconhecer que os procedimentos necessários à concepção foram deslocados para a clínica ou laboratório, demanda outras formas de controle que não apenas as normas e os valores relativos ao corpo médico ou ao foro das decisões individuais.

Esses procedimentos, além de terem um ancoramento técnico-científico, exigem da parte dos envolvidos atitudes de confiança, de afeto, de manutenção das expectativas e de perseverança. Sem a intervenção desses aspectos, que supõem envolvimentos afetivos e emocionais, além de recursos econômicos, o campo biomédico não encontraria caminho para a sua ação.

Assim, a confiança na técnica e no médico funciona como elemento propulsor da realização do *tratamento*. A persistência do casal é considerada pelos médicos como elemento fundamental ao sucesso. A expressão *qualidade do material* e a preocupação com a existência ou não de folículos, marcam as expectativas quanto a resultados positivos ou negativos. Ao mesmo tempo que caracteriza os riscos de insucesso, constrói decisões sobre *tentar fazer* o maior número de embriões possíveis.

A figura do médico tende a ser esquecida pelos casais ao longo do processo. “Depois, eu acho que esta figura some”; “Depois a gente esquece”; “A gente esquece dele”; “É evidente que a gente não vai esquecer que o filho foi gerado daquela forma”. No entanto, do ponto de vista dos médicos, sua presença na concepção parece ser percebida como algo

permanente, tal como pude observar em algumas das clínicas, em que os médicos faziam questão de exibir as fotos dos bebês que eles ajudaram a nascer.² Parece haver um compromisso do casal em dar uma foto do bebê ao médico, sobretudo porque muitas vezes não são eles que acompanham o pré-natal. Será que esse ato de pedirem aos pais uma foto do bebê quando ele nasce, não seria um modo de continuarem presentes no processo? Além de publicizar, através das fotos dos bebês ali expostas, para quem procura tratamento na clínica que eles *são bons nisso*, essas fotos não estariam mostrando que o médico tem um papel de pai simbólico? (Pelo menos para ele).

Movimento contrário ao do casal, que quer esquecer o modo como o filho foi concebido, que sente terminar seu compromisso com o médico no dia em que a criança nasce. Segundo os casais entrevistados, o último contato é incluí-lo em suas ligações telefônicas para comunicar o nascimento e enviar uma foto. Parece haver, inclusive, um esforço para exorcizar essa figura como um possível pai, figura muito presente até então nas piadas dos irmãos e amigos. Piadas que falam muito sobre valores tradicionais da virilidade e da honra masculina, valores que nossos informantes parecem justamente querer transformar.

A relação homem/médicos é desejada como relação de amizade durante o *tratamento*. Os homens, em geral, queixam-se de serem tratados como clientes, e elogiam o médicos quando são amigos durante o *tratamento*: “O dela foi um amigão”, “tem que começar a tirar aquele negócio, de estar na tua frente, tu é um cliente”. Nesses recortes de fala, encontra-se reforçado o ideal de que haja entre médicos e paciente uma atitude colaborativa de proximidade respeitosa.

Há relatos em que as mulheres se queixam da ausência dos companheiros durante o *tratamento*, bem como do seu desligamento em relação ao processo de busca e ao cuidado com a criança, embora sejam situações minoritárias, que se devem também à dificuldade que é romper com uma história social em que a criança foi relegada aos cuidados da mãe, cabendo ao pai a introdução da autoridade, tal qual trabalhada por Siqueira (1999).

Em geral o homem luta para permanecer, na ordem simbólica, como pai do filho que irá nascer via tecnologia reprodutiva, enquanto a mulher fixa todos os seus esforços na maternidade biológica, que parece ser a sua eterna busca.

Esse desejo, segundo Delaisi de Parseval (1989), é sempre complicado e contraditório. Para a autora, alguns bebês são difíceis e só vêm após muita luta e paciência; outros nascem

² Fato observado também na França.

por acaso, outros não chegam por medo e rejeição inconsciente dos pais, outros nascerão e não terão seu lugar, muitos existirão realmente apenas depois de meses da concepção. Segundo a autora, o eu desejado não é o bebê, mas o desejo do bebê, um bebê real ou imaginário, que dificilmente é satisfeito com um bebê real.

O gênero é um operador empírico, no caso da reprodução assistida, que se constrói a partir do dado elementar de que há dois sexos capazes de se reproduzir biologicamente. Tomando-o na sua dimensão cultural menos atribuída à sua base biológica essencializada no corpo e no sexo biológico, percebemos que há certa oscilação nas práticas de gênero envolvendo as decisões médicas sobre o *tratamento* para engravidar via NTRc. A entrada do homem continua, em grande medida, sendo retardada pelos próprios procedimentos médicos, que muitas vezes demoram em demasia para pedir um simples espermograma ou analisam os resultados dos exames com critérios claramente marcados pelas representações de gênero, não considerando importantes aspectos fundamentais presentes nesses resultados. Há consenso, no campo médico de que os investimentos em *tratamento* para a infertilidade masculina são muito restritos.

Nós lutamos o tempo inteiro, durante a confecção deste trabalho, para visualizar o peso das escolhas e as possibilidades de desconstruir a assimetria e o dualismo de gênero, bem como a oposição entre a natureza e a cultura, no que diz respeito às relações entre homens e mulheres. É impressionante observar como, do ponto de vista teórico, há um acúmulo de esforços para entender a construção das diferenças de gênero como desigualdades. Há, no interior do campo interdisciplinar dos estudos de gênero, um esforço enorme para constituir entendimentos sobre a construção sócio-histórica de corpo, natureza, sexo e gênero, um esforço enorme para contextualizar cada um desses conceitos em relação a suas dimensões concretas e históricas. Essa questão ultrapassa a reflexão teórica, pois é também uma questão social, política e cultural. Isso, para nós, constitui-se em desafio ético, porque as práticas realizadas no campo das novas tecnologias reprodutivas conceptivas ainda trazem em seu bojo formas de instrumentalização da capacidade biológica das mulheres de procriarem, capacidade que é naturalizada nas desigualdades de gênero.

Apesar de reconhecer as imensas rupturas no campo das ciências e nas ideologias de gênero, é necessário constatar ainda a necessidade de ultrapassar as representações que continuam essencializando a mulher como *mãe* e *natureza* através de uma argumentação sutil, interpretada como busca de *felicidade para o casal*, isso apesar do fato de que é em escala muito maior (quando comparada ao passado) que hoje o homem entra no campo da

reprodução humana, e também de que a natureza está assim sendo reconstruída no que é considerado que está falho, relacionando natural e artificial e entrelaçando o masculino e o feminino. De todo modo, a entrada do homem nesse campo nos permite romper, ainda que (não de imediato), com a polarização presente nos estudos de gênero contemporâneos, centrados ora no masculino ora no feminino. Uma reflexão que tome os aspectos relacionais nos estudos de gênero é uma das dificuldades apontadas por Piscitelli (1998) em suas críticas aos estudos de masculinidade, que, segundo ela, estariam centrados nos homens sem estabelecer a perspectiva relacional pressuposta pela categoria gênero, isto é, sem relacionar masculinidades e feminilidades. Em geral, esses estudos identificam a masculinidade como uma essência dos homens. Costa (2001), criticando as ciências da masculinidade como um retrocesso, aponta para os riscos que uma ênfase nos estudos das feminilidades apresentam em termos de uma perspectiva relacional, riscos exaustivamente debatidos nas discussões feministas. Ela afirma que, ao considerar as percepções sobre masculino e feminino como dependentes e constitutivas das relações sociais, é necessário pensar nos dois corpos, masculino e feminino, no campo biomédico.

Embora os médicos reconheçam que os homens participam mais no presente do que já participaram no passado, tanto da educação, da vida dos seus filhos, quanto da decisão de tê-los, eles oscilam entre focar o papel do pai educador, aspecto que parece ter crescido em nossa sociedade nas últimas décadas, e o papel do homem envolvido com o processo reprodutivo, ele mesmo participando ou fazendo o *tratamento* e sofrendo procedimentos em seu corpo.

Para os médicos, um grande problema a ser superado é que a ausência de filhos ainda é associada à impotência e fere diretamente a masculinidade. Esse fato segundo eles, carrega a relação com a infertilidade, no caso do homem, de um cuidado particular. É preciso agir de acordo com certos critérios para não ferir seus brios, além de tomar em conta que se trata de uma experiência solitária, do ponto de vista social. O médico precisa de certo modo normalizar a situação, dizendo, por exemplo, que os problemas de infertilidade não são exclusivos das mulheres, apresentando estatísticas, etc., para poder contar com a colaboração masculina.

Observa-se que os entrevistados médicos continuam focando os problemas masculinos como se se tratassem de ansiedades a serem administradas, embora apresentem outros dados durante as entrevistas. Pensamos que isso pode revelar uma dificuldade pessoal em cuidar do homem (talvez pelo fato de que o campo da medicina partilhe, em grande parte, de uma visão

de mundo marcada por valores de competência masculina), somado ao fato de que o caminho do *tratamento* feminino é facilitado pela presença constante da mulher nas clínicas ginecológicas.

Por outro lado, ainda que o homem tenha entrado na categoria *casal infértil* de modo subsumido, essa construção dos médico permite *tratar* tanto o homem quanto a mulher. Essa entidade híbrida, o *casal infértil*, se aproxima de uma abordagem relacional das relações de gênero, superando, de alguma forma, o foco histórico sobre o corpo da mulher como procriador. No que diz respeito à linguagem, no campo da reprodução assistida a categoria *casal infértil* inclui o homem sem nomeá-lo, mostrando que na prática a tecnologia está assumindo que a reprodução humana é fruto da complementariedade e das relações entre homens e mulheres.

Quanto à relação desses aspectos e seus sentidos com os desafios éticos/bioéticos, considere-se, para além do quadro das questões cotidianas do *tratamento*, que dizem respeito bem de perto à deontologia médica, que existem as pressões sociais e familiares sobre os casais, o quase apagamento de outras possibilidades de construção e reapropriação das desigualdades de gênero e da constituição de relações com as crianças.

Precisamos considerar ainda que a *natureza fértil* continua sendo construída enquanto duram os esforços e o desejo na busca pelo filho. É essa busca que permite desenvolver o que os médicos chamam de relação de ajuda e todas as formas de intervenção necessárias à constituição dessa relação. Como um *continuum* entre o social, o cultural e o político, as relações estabelecidas entre médicos, pacientes e laboratórios, pacientes e pacientes, médicos e médicos, médicos e técnicos, forjam os imbricados caminhos desse processo.

Possivelmente, também tendo em vista a capacidade manipulatória sobre células e embriões, abrem-se campos novos de intervenção e de descontinuidades fundamentais, naquilo que era considerado o tempo linear da vida.

Talvez possamos imaginar uma situação em que pai e filho se encontrem dentro de uma perspectiva absolutamente subjetiva, sem a materialidade social, no caso de ser esse filho gerado por um útero artificial com espermatozóide do pai genético, que poderá ser qualquer um que o deseje ou o cientista em sua experiência. Provavelmente a prática social não aprovaria tal situação – sem família, sem expectativa parental, sem maternidade biológica. Mas se, com reticências, podemos *ficcionar* sobre isso, é porque pode vir a ser de fato uma realidade.

Essa situação funda-se não necessariamente sobre uma estrutura de filiação ou conjugalidade, mas sobre uma articulação específica da prática científica/tecnológica, que é embasada na forma cultural das práticas familiares, mesmo que fazer um filho não seja necessariamente estar inserido em situações familiares, ou encontrar-se integrado nelas depois. Veja-se, por exemplo, onde *O Clone*³ foi buscar seu lugar no mundo. No final, o seu estar no mundo era a experiência trágica de estar numa família com a qual ele não se identificava. O mesmo se dá com o cientista, que passa a ser aquele que feriu os princípios do seguro e estabilizado, introduzindo a confusão nas relações parentais. Buscar no deserto o seu lugar é significativo, na medida em que só o lugar árido e vazio do social poderia dar a eles a experiência final do vazio do ser. O lugar sem crenças, sem normas, sem exigências externas, sem identificações, *sem lugar*.

Desse modo, pode-se eventualmente estar provocando discontinuidades biológicas e sociais, por isso os envolvidos poderão ser alvo de cobranças futuras, relativas não apenas à *segurança ontológica dos seres*, mas ao futuro da espécie humana. Poderíamos afirmar que os procedimentos em NTRc são básicos, elementares demais para ligá-los a esse quadro mais amplo. O que nos autoriza a fazê-lo é que fecundar, pesquisar, manipular, acompanhar, selecionar o crescimento celular de um embrião extra-útero é um momento fundamental de intervenção biofísica e química. Esse fato pode, portanto, gerar muitos novos procedimentos e conhecimentos que, mantidos nessa área ou migrando para outros domínios, alimentam todo tipo de disposição e curiosidade científica, considerando-se também que essas práticas se inserem em escolhas mercadológicas.

Percebe-se que não há como abandonar aos cientistas ou aos médicos pura e simplesmente, decisões que não envolvem apenas a integridade corporal ou a procura de um comportamento responsável por parte dos indivíduos. Essas são decisões sobre os tipos de *tratamento* e de pesquisa que envolvem os caminhos presentes e futuros da humanidade (GARRAFA, 1995). Além disso, deve-se tomar em conta o princípio da beneficência, da autonomia e da justiça, no que diz respeito a mudanças significativas nos modos de conceber, e possivelmente de ser dos seres humanos, na relação com o seu corpo biológico e na sua inserção no mundo. Essas significações ganham, pela intervenção tecnológica, outras questões ligadas à ética/bioética e aos direitos sexuais e reprodutivos.

³ Personagem da novela exibida no Brasil, pela Rede Globo em 2000.

Nesse aspecto, pergunta-se quanto essas NTRc são realmente *tratamento*, uma vez que não são acessíveis a todos, por razões econômicas. O fato de as NTRc serem pagas e desenvolvidas, em sua grande parte, no *segredo da relação médico/paciente* em clínicas privadas, no Brasil, diz respeito diretamente ao campo dos direitos sexuais e reprodutivos. Da mesma forma, elas não são igualmente acessíveis a todos, por concepções sobre a família que se refletem na interdição a mães solteiras e a casais de homossexuais.

Problematizamos o fato de que o *querer do casal* seja apresentado como legitimador de todas as formas de intervenção e de que o médico insista em manter a neutralidade técnica, embora ele seja a única autoridade a decidir sobre a interrupção ou sobre a continuidade do tratamento. As dificuldades que se impõem para casais e médicos na hora de administrar as frustrações de um ciclo perdido, ou diante da constatação de erros nos procedimentos que induziram a insucessos, são aspectos importantes que nos desafiam a pensar nas regras de relacionamento entre médicos e casais, aspectos que não podem ser definidos apenas por comitês de ética ou se resumir a regras de *experts*, devido aos inúmeros conflitos relatados pelos entrevistado.

Não se trata apenas de manter um posicionamento contrário a todas as formas eugênicas e racistas, já tão denunciadas, mas de escolher responsabilmente a própria forma de viver. Para que isso ocorra, é necessária a ampliação da discussão pública desses fatos biotécnico-científicos (biotecnológicos) e das condições de gênero em que eles são desenvolvidos.

É mister fazê-los sair do anonimato para que possam gerar conhecimentos partilhados e para prevenir novas culpabilizações, visto que em grande parte encontram sua legitimidade no desejo de filhos por parte das mulheres. Denunciar isso em termos de dominação masculina, como fazem algumas vertentes do feminismo, por exemplo, é pouco útil para a necessidade de amadurecimento teórico e social a respeito da pluralidade e da multiplicidade de possibilidades geradas por esse desenvolvimento tecnológico. É possível que, além da migração de um conhecimento biomédico para a linguagem de um casal, o que substitui as relações sexuais reprodutivas pela tecnologia, estejam acontecendo ainda outras transformações.

As NTRc podem estar sendo verdadeiramente ampliadoras de possibilidades técnico-científicas, mas são, ao mesmo tempo, altamente excludentes e geradoras de muitas novas angústias. Possibilitar espaços de explicitação e discussão dessas questões parece-nos

fundamental. Como provocar reflexão sobre essas decisões e não *publicizar* o modo como esses campos verdadeiramente se constituem (seus riscos, seus interesses e seus custos) ?

Não conhecer e não considerar essa problemática, que ainda parece ser *mascarada* com questões como – Por que esses casais não adotam? Por que gastar tanto dinheiro para fazer um filho desse modo? –, sinaliza que há inúmeras formas de resistência. Essas resistências podem estar carregadas de conteúdos significativos para entendermos as escolhas do presente, mas também podem estar impedindo ou limitando a capacidade de reflexão e de entrada em áreas do conhecimento ainda não assimiladas entre nós, mesmo se vivenciadas por muitos. Talvez seja tempo de *olhar* as diferentes filosofias de vida para *progredir* na reflexão, nas decisões amadurecidas e participativas.

Nosso trabalho, nesse sentido, também é fruto desse momento histórico e traz em si as possibilidades e os limites contingentes à sua produção. Ora ele reage àquilo que outros/as já disseram, revelando-se como problemática em construção, ora ele se perde no entre-lugar obscuro do *ainda não sei o que dizer*.

Andamos como em uma *corda bamba*, precisando reconhecer o desenvolvimento científico, o papel do laboratório como lugar da inovação e da permanência científica e tomando, desse modo, o estatuto das ferramentas, das técnicas, dos instrumentos científicos, como criadores e veiculadores do conhecimento (CLARKE; FUJIMURA,1996). Mas isso nos leva também para o comportamento dos pesquisadores, no nosso caso, dos aplicadores da pesquisa: os médicos.

Não há como desconsiderar as conseqüências da medicalização e da importância social da maternidade e da paternidade. A eventualidade da clonagem, do útero artificial, a pré-seleção do sexo, os estudos para eliminar os fetos portadores de doenças, constituem-se, não tão raramente, em estudos e avanços científicos que são realizados sob a justificativa do desejo legítimo de filhos. No entanto, eles também se constituem em ameaça, pois, para muitos, pode esconder a busca do filho perfeito e sob medida.

Outro aspecto que nos parece extremamente relevante é que, no contexto da invocação dos direitos da pessoa, surge uma imagem renovada da mulher, aquela que vai em busca do filho. Essa imagem feminina talvez nos permita pensar a procriação dentro de um modo mais relacional.

Recoloca-se, portanto, a necessidade de respeitar a ligação entre procriação e sexualidade, como relação que ultrapassa a simples interação/fusão entre gametas e que se insere num campo de relações que não podem continuar a ser tratadas como forma de

exclusão ou de relação sexual reduzida ao sexo procriativo, situação relatada durante todo o trabalho. A possibilidade do exercício da autonomia das escolhas, mesmo se confrontada com os limites impostos pelas dificuldades financeiras e de acesso ao *tratamento* seguro, necessita encontrar caminho nas práticas coletivas sociais e nas políticas de governo.

Sabemos que a exclusão, no campo da reprodução assistida, não é apenas econômica, ela é também social e sexual. De maneira geral, a exclusão continua acontecendo de forma massiva e inaceitável em nosso país, e por isso, dificulta também que olhemos a reprodução assistida como um direito. Todas as vezes que perguntamos aos entrevistados se esse *tratamento* deveria ser feito no sistema público de saúde, eles nos responderam que era muito caro e que o Brasil tinha prioridades, embora não negassem o direito de ter filhos a ninguém. Em nosso estudo vimos que a exclusão reforça também a família monogâmica e heterossexual. Considere-se ainda que essas tecnologias só estiveram disponíveis para a maioria desses casais porque fizeram grandes economias para realizar o *tratamento*, ou até porque se desfizeram de algum patrimônio. Nessa medida, o recurso da concepção não é mais um esforço de dominação de um sexo sobre o outro, pois o filho reforça a relação homem-mulher no sentido da solidariedade para lutar contra os excessos do poder científico.

Há de se convir, no entanto, que não basta apenas uma ética de convicção, mas se faz necessária uma vigilância social coletiva. O fato, por exemplo, de que a pesquisa e a tecnociência tenham permitido saber mais sobre doenças graves antes da transferência do embrião, não significa que o casal envolvido esteja preparado para decidir sozinho se faz um aborto ou fica com o bebê, seja descartando o embrião antes da transferência uterina, ou mesmo se já está no útero. O desejo da criança, o querer muito esse filho parece repousar na sua própria fragilidade. Quem regula os desmandos? Como lidam com as frustrações? E as crianças, podem ser submetidas a esse desejo incontido dos pais por filhos e assujeitadas a uma série de riscos? A relação de ajuda da parte médica tem limites. Quem é capaz de fazer a melhor escolha? Conforme observamos no capítulo V, são inúmeros os problemas que dizem respeito ao relacionamento entre médicos e casal e os elementos conflitivos que se estabelecem entre casais, médicos e tecnologias.

Essas dificuldades se somam ao fato de que a formação médica, tal qual feita no Brasil na área de reprodução assistida, carece de qualquer formação no campo da bioética que não seja apenas aquela feita pelo olhar dos *experts* (CORRÊA, 2001), emitida nos fóruns, através de pareceres delimitantes dos problemas que devem ganhar relevância moral.

Conseqüentemente, quaisquer decisões sobre questões de vida ou de morte, envolverão uma iniciativa que será unicamente dependente da consciência e do profissionalismo dos que a praticam, e cujos contornos são desconhecidos das autoridades de saúde e do público em geral, às vezes até dos casais. Sem falar que, nesse contexto, desaparece qualquer reflexão que contemple o exercício da cidadania feminina. Tão *cega* está a mulher no interior das condições de *tratamento*, que é realmente impossível tomar em conta sua plenitude, sua autonomia, sua liberdade e integridade corporal. A inclusão da função reprodutiva na cidadania pressupõe dotá-la de sentido ético e político como lugar de responsabilidades dos benefícios sociais e como igualdade de gênero, e isso envolve mais do que legislação, envolve até mesmo a justiça.

Mesmo que os médicos apresentem dúvidas e resistências à idéia de que a legislação resolveria os problemas envoltos nessa prática, e embora tenhamos observado, na literatura nacional e internacional consultada, um desejo crescente de que se proponham decisões de lei sobre os vários aspectos envolvidos, não se trata, da parte dos médicos, de um envolvimento explícito com os direitos sexuais e reprodutivos, nem com a discussão sobre cidadania. Parece ser mais um *medo* do controle, diante dos indícios da necessidade de um quadro legislativo para regulamentar as práticas das clínicas, e uma necessidade de recolher dados para saber mais sobre os problemas presentes no cotidiano dos *tratamentos* e de como, de fato, as mulheres e as crianças são afetadas por eles.

Sequer sabemos o número exato das clínicas que exercem essas práticas e não há consenso sobre a necessidade, ou não, de critérios *standartizados* a respeito das formas de tratar. Quando apenas reconhecidos os valores desses recursos, sem a problematização dos seus significados éticos, sociais e culturais, podemos transformar aspectos *perversos*, uma vez não publicizados, em situação de *milagre*. Abandonamos, desse modo, nosso estatuto de cidadãos para entrar no templo da indústria do ser vivo.

Perguntar-se sobre o valor que queremos dar às nossas escolhas e à vida humana, determinará o curso das pesquisas nos anos que se seguem, em que o sonho de uma sociedade clônica será o contrário da ordem ditada pela liberação sexual: *máximo de sexualidade com o mínimo de reprodução*– será *o máximo de reprodução com o mínimo de sexo possível*. Se a reprodução se reduzir a uma aplicação técnica, ela poderá eliminar as relações sexuais entre um homem e uma mulher, além de provocar rupturas nos modelos de filiação. Ao mesmo tempo, os/as descendentes estão mais e mais à procura do antepassado e, para muitos, isso é

importante para compor a imagem que cada um faz de si mesmo e tornar-se adulto por inteiro.

O que observamos é que, proeza para alguns, ameaça para outros, a artificialização da procriação humana ocupa um lugar singular dentro do movimento obscuro das ciências da vida. Cada um pode sentir que o que está em jogo é muito mais do que a esterilidade tubária, ou qualquer outra, são os sentidos de demandas nem sempre identificáveis. São jogos empapados pelos interesses mercadológicos e tecnológicos, e que muitas vezes se contrapõem no tabuleiro das escolhas e dos direitos. São interesses que incluem o mercado, com suas trocas e equipamentos, os bancos de esperma, as universidades e centros médicos, as companhias de seguro (caso dos EUA), que mantêm o pagamento, o governo, que promulga as pesquisas, as apólices de seguro. Essa é uma longa lista de interesses que demonstra quanto poder e quanto dinheiro estão em jogo, e como as NTRc representam grandes negócios.

Ao pensarmos sobre NTRc, constatamos que o desenvolvimento tecnológico é ponto fundamental em relação a essas formas de *tratar* e de constituir família, e pode-se mesmo dizer que há uma decalagem histórico-temporal entre os avanços científicos (tome-se em particular o desenvolvimento genético/molecular) e as formas de organização social em famílias estruturadas na consangüinidade e na autoridade parental. A reprodução assistida está no centro das relações de gênero, atravessadas pelas preocupações contemporâneas sobre a família e as novas formas de parentalidade.

Ao mesmo tempo, tem-se a apropriação biomédica de certo número de procedimentos técnicos, que muitos vêem como experimentos ainda, e que, por essa razão, são afetados por uma série de incertitudes sobre os riscos para a saúde (alguns dos quais aqui relatados), mesmo que o objetivo anunciado seja o de ajudar a desencadear o processo fisiológico da concepção de um ser humano, após um processo de diagnóstico de infertilidade. Assim, na fala dos médicos e casais, essas tecnologias existem para opor-se com êxito aos *defeitos da natureza* e para dar ao casal uma chance de ter um filho, ajudando a natureza.

Verificamos, na forma como essas clínicas se configuram, que há, por um lado, o desejo médico de satisfação pessoal, conhecimento e sentido para sua vida profissional e pessoal. Por outro, no cotidiano do consultório, a necessidade pragmática de *solução à ausência do filho*, que é cobrada por parte do casal que não o tem. Esse casal, ao procurar o médico, espera da medicina uma capacidade curativa, particularmente quando constatamos a banalização social feita na hora de apresentar essas possibilidades.

No entanto, esses são elementos que precisam ser tomados em conta na articulação entre os conteúdos cognitivos e sociais capazes de cruzar tecnologia e economia, portanto, na circunscrição de uma lógica mercadológica, que, segundo Doré e Arand (1995), em suas grandes linhas apela para uma cultura empresarial na qual:

- . O corpo orgânico tem primazia sobre todas as outras dimensões constitutivas do humano;

- . Há certitude de que o primeiro critério para uma boa execução das tarefas profissionais é o controle do conteúdo técnico;

- . Há convicção de que a chave norteadora do sucesso dentro da ação está na qualidade dos meios (conceitos, instrumentos, procedimentos práticos);

- . É desejável rejeitar sem cessar os limites do saber;

- . É necessário acolher a demanda em serviço como um dado normal dentro de uma economia de mercado e tratá-la como uma construção destinada à indústria biomédica.

Segundo as autoras, essas crenças são partilhadas e se inscrevem dentro de um *domínio simbólico* cuja característica dominante é a racionalidade tecnocientífica, estreitamente casada com a racionalidade econômica da sociedade de mercado, sendo que o principal arquiteto dessa construção simbólica cultural é o/a obstetra/ ginecologista.

Observamos que esses aspectos estão no seio de práticas que incidem diretamente sobre o gênero, através do corpo. A partir dos nossos dados, as tecnologias contraceptivas e conceptivas são desenvolvidas, na maior parte dos casos, visando o corpo da mulher, mesmo que as representações oscilem entre falar de *tratamento*, para a categoria híbrida casal, mas que se efetivam apenas no corpo da mulher.

Na reprodução assistida o que prevalece como modelo cultural, é a dominação e a ajuda para o que é considerado falha na natureza. Intercalam-se, desse modo, ambas as esferas, a da natureza e a da cultura, o considerado natural e o considerado artificial, numa relação de interseção em que ora a técnica se transforma em natureza que gera, ora a própria natureza é utilizada com o sentido de técnica, ou seja, uma faz a outra, como diz Strathern (1999).

O conhecimento corporal informa o que fazemos e dizemos no curso de nossos dias; como construímos os instrumentos técnicos, e o conhecimento cultural, informado, ordena nosso corpo e modela o caminho em que nós carregamos a história de gênero que está em nosso corpo/pessoa, e que é influenciada pela história cultural. Além do presente e da

interface dessa intervenção, nossa história pessoal, não somente faz a urdidura entre o passado e o presente, mas antecipa o futuro.

Quando as mulheres antecipam a gravidez e imaginam que cada sutil nova sensação indica que estão grávidas, elas ativam um modelo de feminilidade culturalmente formado e definido *a priori*. As pessoas contam suas histórias e analisam suas situações de vida, e assim elas geram categorias de análises sociais por meio do seu gênero/corpo. Quando o homem aprende sobre sua infertilidade, ele analisa a sua situação no contexto das expectativas culturais sobre sua masculinidade.

Segundo Becker (2000), um dos principais aspectos das análises dos caminhos em que as tecnologias reprodutivas afetam e são afetadas pelo gênero, é o que tem sido sugerido por cientistas sociais, de que as tecnologias estão ligadas por uma operação de gênero que pode reforçar o padrão de poder e autoridade. Isso nos diz sobre os diferentes vieses que o diálogo cultural sobre a reprodução reflete e constitui.

Embora nosso estudo tenha sido realizado no Sul do Brasil, as NTRc são um fenômeno global, caracterizado em toda parte pela hierarquia das relações de gênero e pelo poder das constelações empresariais e médicas. cremos que, se pudéssemos comparar o consumo das novas tecnologias e a política criada para regulá-las em várias partes do globo, poderíamos fornecer um olhar das práticas culturais e do poder dinâmico destas na sociedade, e poderíamos verificar não somente avanços médicos internacionais, mas igualmente as implicações sociais desse processo. Por exemplo, quando a técnica de transferência de óvulo de uma mulher para outra foi desenvolvida, receptoras acima de 40 anos eram raras; mas isso tem mudado – o teto de idade, hoje, está bem acima dos 40 anos. Esse aumento da faixa etária significa concretamente o acesso à reprodução para uma parcela significativa de mulheres, até então excluídas desses avanços tecnológicos.

Considerados esses elementos, nós podemos afirmar que as representações sobre as NTRc mobilizam a sociedade e as relações entre os casais, no contexto da transferência e aplicação dos conhecimentos biotecnológicos, da intervenção, do controle da medicalização e da tecnologização do corpo e dos direitos à vida. Ao mesmo tempo, ampliam a percepção sobre as implicações a respeito das decisões humanas.

As coisas e os sujeitos se constituem em rede e são ao mesmo tempo marcados por um conjunto de incertezas. Muitos desses aspectos dependem da relação entre a tecnologia e os especialistas e outros estão ligados a um contexto social mais amplo, em torno das possibilidades encontradas pelos indivíduos e de como eles se mobilizam para desenvolvê-las.

É a sua capacidade de reflexividade que, segundo Giddens (1991), está ligada às condições e disponibilidade de conhecimentos científicos e não-científicos, interpretados e reinterpretados por especialistas, pelo senso comum, pela mídia, pelo campo sociofamiliar, que constitui as identidades contemporâneas fragmentadas. É um exercício que se supõe, em parte, marcado pela autonomia, a igualdade e as diversidades, bem como pela integridade corporal (PETCHESKI; CORRÊA, 1996). Ao mesmo tempo, tudo isso já é ambivalente e contingente, exigindo uma postura reflexiva da parte dos sujeitos da contemporaneidade.

Pensamos que as tecnologias estão permitindo o surgimento de novos valores. A mídia transforma o campo biomédicos em senso comum, ao mesmo tempo que permite tocar em campos sagrados. Ao apresentar ingenuamente as NTRc como algo mais simples do que são, a mídia gera muitas vezes falsas expectativas, com possíveis frustrações, e são essas mesmas expectativas que criam demandas nos consultórios médicos. A partir desse fenômeno de publicização das tecnologias, o casal espera do médico uma solução para o seu problema. A medicina encontra, nesse *movimento* entre o social e o individual, um campo propício de ação e de transformação da vida. Ao mesmo tempo, há uma escolha sobre os riscos (DOUGLAS; WILDAVISKY, 1984) e a manutenção de um modelo de gênero reforçador da maternidade como *essência* feminina, que se reflete na assimetria das relações homem/mulher.

Trata-se de atender a uma demanda do casal em busca de solução para ter um filho. Trata-se, ao mesmo tempo, de entrar na lógica das possibilidades já abertas pelo desenvolvimento tecnológico, pelo uso dos produtos farmacêuticos (medicação) e pela constituição e estruturação das clínicas. O médico, que também deseja manter-se atualizado, do ponto de vista de poder oferecer uma prática mais avançada do que aquelas das abordagens tradicionais, assume o processo da fertilização *in vitro* e da ICSI com todos os riscos nele embutidos. Alguns estão convencidos de que essas tecnologias são a única forma de tratar a infertilidade daquele casal. Fazer-lhe um filho é devolver-lhe uma *capacidade*. Pesa nessa decisão o fato de que se apóiam em estatísticas que passam de 15% para 35% por ciclo, a chance de sucesso e isso “é mais do que a natureza faz”. Eles apresentam uma linguagem confiante sobre o sucesso, ainda que considerem os riscos. Outros, mais cautelosos, alertam sobre a necessidade de não gerar falsas expectativas. “Tem que ter um pouco de cuidado do que se passa com esse casal, eu acho que aí é um ponto de ética, de honestidade frente a esse casal que vem ansioso em busca de um resultado e que as coisas não são mágicas” À medida que o corpo responde com a geração de base material genética, para que, pela intervenção química, laboratorial e tecnológica, o biólogo ou o médicos junte as condições de

desenvolvimento do embrião, configura-se um fazer diferente. Legitima-se também a idéia de que é necessário superar limites, oferecendo algo novo e viável como possibilidade ampliada na busca do filho, com referência às formas tradicionais de *tratamento* da infertilidade, com as quais a maioria dos casais entrevistados se manifestava descontente.

Essa expectativa sobre a continuidade dos processos de reprodução assistida, caros e emocionalmente desgastantes, configura serviços de reprodução humana como desejados e socialmente demandados. Deixa-se, contudo, em descoberto a vigilância sanitária e biotecnológica, particularmente no nosso estudo, onde dizer *eu pago* pode significar *eu faço tudo o que quiser*.

Ao finalizar este estudo, deixo em aberto muitas questões para novas pesquisas no vasto campo que abordei neste trabalho. São muitos os enfoques possíveis e muitas as perguntas já formuladas por pesquisadores brasileiros e estrangeiros e outras ainda em aberto. Algumas dizem respeito às *preocupações com as biotecnologias*, outras estão no campo da *deontologia médica*; umas abrangem aspectos mais filosóficos, que dizem respeito às *escolhas do presente comprometendo o futuro*, outras são relativas à *legislação, seus efeitos e seus riscos*. E muitas ainda, nos remetem para as *possibilidades de paternidade, maternidade, filiação, ou seja, para as formas como se constitui o parentesco* em diferentes sociedades. Finalmente, as questões ligadas à saúde reprodutiva, aos direitos sexuais e reprodutivos e à bioética parecem-nos fundamentais para futuros estudos, devido à amplitude do tema e de diferentes possibilidades de análise.

Referências bibliográficas

ABDELMASSIH, Roger. Clínica e Centro de Pesquisa em Reprodução Humana Roger Abdelmassih. Tecnologia em favor da vida. São Paulo. Encarte da clínica data provável, 2001. Disponível em: < <http://www.abdelmassih.com.br/fertilização.html>. >. Acesso em: 8 jul. 2001.

ABRAMOVAY, Miriam. Uma Conferência entre Colchetes. In: *Estudos Feministas*. Rio de Janeiro: FCS/UFRJ; PPCIS/UERJ, v.3, n.1, 1995.

AGUIAR, Neuma. Perspectivas Feministas e o conceito de patriarcado na sociologia clássica e no pensamento sociopolítico brasileiro. In:_____. *Gênero e ciências humanas: desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1997.

ALCANTARA, Lúcio. Projeto de Lei do Senado. N. 90, 1999. Senado Federal. (Relatoria Senador Roberto Requião). Secretaria geral da mesa serviço de comissões. Reunião Ordinária da Comissão de Cidadania e Justiça. 12 de abril dev 2000.

ALVES, Terciane. Brasil ganha pós-graduação em reprodução humana. In: *O Estado de São Paulo*. caderno C12, 28 de julho de 2002.

ANJOS, Márcio Fabri. Ética e clonagem humana na questão dos paradigmas. In: BARCHIFONTAINE, C. P. de.; PESSINI, Léo. (org.). *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Paulus, 1ª edição, 1996.

ANTONINI, Filho Renzo. Comentários sobre o 53º Congresso da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva . Disponível em: < [http:// www.profert.com.br/](http://www.profert.com.br/)> . Acesso em: 31 mar. 2002.

ARENDT, Hannah. *A condição humana*. 9ª edição, São Paulo: Florense, 1999.

ARILHA, Margareth. Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão. In: GIFFIN, Karen; COSTA; Sarah HAWKER. (orgª). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

_____. Homens: entre a “zoeira” e a “responsabilidade”. In: ARILHA, Margareth; RIDENTI, Sandra; MEDRADO, Benedito. *Homens e masculinidades. Outras palavras*. São Paulo: Ecos Editora, 34, 1998.

_____. Dilemas de la reproducción asistida. In: *Cadernos de Saúde Pública* (Debates). Rio de Janeiro, v.14, Suppl.1, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO102-11X199800500002&1...> Acesso em: 8 ago.2002.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos reprodutivos: uma invenção das mulheres reconhecendo a cidadania. In: *Mandrágora: direitos reprodutivos, religião e ética*. São Bernardo do Campo, São Paulo: Núcleo de Estudos Teológicos da Mulher na América Latina/NETMAL, Católicas pelo Direito de Decidir, SOS Corpo, ano 4, n.4, 1997.

_____. Direitos reprodutivos, exclusão social e AIDs. In: BARBOSA, Maria. Regina.; PARKER, Richard. (orgs.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ São Paulo: Editora 34, 1999.

AZEREDO, Sandra; STOLKE, Verena. (coord.^a). *Direitos reprodutivos*. São Paulo: FCCC/DPE, 1991.

BADINTER, Elizabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1980.

_____. *L'un Est l'autre: des relations entre hommes et femmes*. Paris/ Editions Odile Jacob, 1986;

_____. *XY de identite masculine*. Paris: Editions Odile Jacob, 1992

BARBOSA, Rosana Machin. Desejo de filhos e infertilidade: um estudo sobre reprodução assistida no Brasil. *Tese de doutoramento em Sociologia*. Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.

BARNETT, Antony. THE OBSERVER. 2 de julho.
Disponível em: <<http://www.widesoft.com.br/cgi-bin/majordomo/subscribe/bioetica.htm>>.
E-mail: listafeminsita@yahoo.com Acesso em: 5 jul.2000.

BARZELATO, José. Desde el control de natalidad la salud sexual y reproductiva: la evolución de un concepto a nivel internacional. In: BILAC, E. D. ; ROCHA, M. I. B. da.

(org^a). *Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas*. Campinas: PROLAP/ ABEP/ NEPO/UNICAP; São Paulo: Ed. 34, 1998. p. 39-49.

BASCHET, Jérôme. *Le Sein du Père: ABRAHAM et La Paternité dans L' Occident Médiéval*. Paris : Gallimard, 2000 (Collection les temps des images dirigé par François Lissarrague et Jean Claude Schmitt).

BATEMAN, Simone. (org^a). *Morale Sexuelle*. Paris: CERSES, v.1, 2000. (Actes du Séminaires du CERSES 1999-2001 Cahiers).

_____. La Responsabilite Medicales Aux Frontieres de L' Activite Therapeutique: Les Cas de L' Assistance Medicales a la Procreation. In: IACUB, M.; JOUANNET, P. *Juger la Vie: Les Choix Médicaux en Matière de Procréation*. Paris: Editions La Decouvert, 2001

_____. Les Révolutions de La Procréation. In: *Lunes. Femmes Futures*. Numéro Spécial. Paris: Cahiers de Femme, n. 10, janvier 2000. (Revue Trimestrille).

BATEMAN, Simone; SALEM, Tânia. L'embryon en suspens. In: AKRICH, Madeleine; LABORIE, Françoise. *De la contraception à l'enfantement: L'offre technologique en question. Cahiers du Genre; Anciennement Cahiers du Gedisst*. Paris: Éditions L'Harmattan, n.. 25, p.49-73, 1999.

_____. Recontextualizando o embrião. *Estudos Feministas*. Rio de Janeiro; IFCS/UFRJ;PPCIS/UERJ, v.3, n.1, 1995.

BATEMAN, Novaes Simone. *Les Passeurs de Gamètes*. Nancy: Presses Universitaires de Nancy.1994.

_____. Dilemme éthique et droit. In: *Cahiers du Centre de Sociologie de L' Ethique*. Paris: IRESCO/ Institut de Recherche Sur les Sociétés Contemporaines, 2^{ème} série . Actes de la Journée du 27 janvier, 1994.

_____. La Bioéthique Comme Objet Sociologique. In: *Cahiers Internationaux de Sociologie*. Paris: CIV, p. 5-32, 1998.

_____. Éthique et assistance médicale à la procréation. *Encyclopédie Médico- Chirurgicale, Gynécologie*. Paris; Elsevier, 755-A-30,1999.

BATAILLE, Philippe. La Procréation Assistée Enquête D'Une Morale. In: *Revue Française des Affaires Sociales*. Paris, n.1, 45^e année, janvier- mars 1991.

_____. La Dimension Ethique des Mouvements D'Action Culturelle: Réactions de Femmes Féministes au Thème de la Fécondation Assistée. In: *Information Sur les Sciences Sociales* . Londres: SAGE, Newbury Park et New Delhi. 29,3: 583- 617, 1990.

_____. *Attitudes Feministes Face a la Procreation Medicalemente Assistée*. Thèse de Doctorat de Sociologie. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. Paris, 1993 (V.1/2).

BECKER, Gay. *The Elusive Embryo How Women And Men Approach New Reproductive Technologies*. Berkeley/ Los Angeles/ London: University of California Press. 2000.

BECK, Ulrich. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: GIDDENS, Anthony; BECK, Ulrich; LASH, Scott. *Modernização reflexiva: política e estética na ordem social moderna*. São Paulo: UNESP, 1997.

_____. On The logic of Wealth Distribution and Risk Distribution. In: *Theory, culture & society*. Mark Ritter translated *Towards a new modernity*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage publications, 1996.

BLEIER, Ruth. *Science and Gender: A Critique of Biology and Its Theories on Women*. New York: Pergamon Press, 1984.

BERLINGER, Giovanni. *Questões de vida: ética, ciência, saúde*. 1 ed. Salvador, São Paulo, Londrina: APC/ Hucitec/ CEBES, 1993.

BERMAN, Ruth. Do dualismo de Aristóteles à dialética materialista: a transformação feminista da ciência e da sociedade. In: JAGGAR, M. Alison; BORDO, R. Susan. *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1997. p. 241 – 275.

Boletim Eletrônico Saúde Reprodutiva na Imprensa. Edição de 1 a 15 de abril de 2000.

Boletim Eletrônico Saúde Reprodutiva na Imprensa. Edição de 6 agosto de 2000.

BORDO, R. Susan . O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: JAGGAR, M. Alison; BORDO, R. Susan. *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p. 19 - 41.

BORGES, Junior Edson. Critérios Normativos de um serviço de reprodução humana Disponível em: <http://www.sbra.com.br/sb_4.htm>. Acesso em: 8 jul. 2001.

_____. Critérios Normativos de um serviço de reprodução humana. In: *Jornal da Associação Brasileira de Reprodução Assistida*. Disponível em: <http://www.sbra.com.br/sb_4.htm>. Acesso em: 2 mar. 2002 (publicada no D.O.U. de 19 de novembro de 1992, p.16.053, seção I).

BRETIN, Hélène. Qual escolha, quais desigualdades? O uso do contraceptivo Depovera na França. In: SCAVONE, Lucila. *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo: UNESP, 1996.p.73-85.

BUTLER, Judith. Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do pós- modernismo. In: *Cadernos Pagú*. Campinas:Núcleo de estudos de Gênero/UNICAMP, v.11, p. 11- 42,1998.

_____. Variações sobre sexo e gênero. In: BENHABIB, Seyla; CORNELL, Drucilla. *Feminismo como crítica da modernidade*. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1987. p. 139-54.

_____. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In; LOURO, Guacira Lopes (org^{as}). *O Corpo Educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autentica, 1999.

_____. Les genres em athlétisme: hyperbole ou dépassement de la dualité sexuelle ? In: *Variations sur le corps. Cahiers du Genre*. Paris: L’Harmattan, n. 29, p.21 –35, 2000.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Normas Éticas para a Utilização das Técnicas de Reprodução Assistida. Brasília, 1992, (Resolução 1358/92) (DOU 19/11/1992: 1653).

CASANOVA, Antoine. Figures du Père et Mouvements Historiques des Sociétés. In: *La Pensée*. n. 327, p. 5-30, juillet- août-septembre 2001.

CENTRE NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE; L’INSTITUT DE RECHERCHE SUR LES SOCIÉTÉS CONTEMPORAINES; CENTRE NATIONAL DU LIVRE. *LA PARENTÉ AUJOURD’HUI*. Paris: L’Harmattar. n. 38, 2000.

CENTRE NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE; L'INSTITUT DE RECHERCHE SUR LES SOCIÉTÉS CONTEMPORAINES; CENTRE NATIONAL DU LIVRE. LES CADRES SOCIAUX DE LA SEXUALITÉ. Paris: L'Harmattan, n. 41/42, 2000.

CENTRO CLÍNICO DO HOSPITAL MOINHO DE VENTO. GERAR: Tecnologia segundo os passos da vida. Disponível em: <<http://www.gerar.com.br/ne/cont.html>>. Acesso em: 7 mai. 2001

CESARO, Nunziante A. Di. (A Cura). *Il Bambino che Viene Dal Freddo: Riflessioni Bioetiche Sulla Fecondazione Artificiale*. Franco Angeli: Milano Italy. 2000. (Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica Dell'Università di Napoli "Frederico II" (Cirb).

CHATEL, Marie-Magdeleine. *Malaise Dans la Procréations: Les Femmes et la Médecine de L'Enfantement*. Paris: Editions Albin Michel S. A.,1998.

CITELLI, Maria Teresa. Fazendo diferenças: teorias sobre gênero, corpo e comportamento. *Estudos Feministas*. CCE/CCE/UFSC. Florianópolis/SC, v.9, n.1, 2001.

CLARKE, Adele; FUJIMURA, Joan. *La Matérialité des Sciences: Savoir-Faire et Instruments Dans les Sciences de la Vie*. Traduit de l'Anglais par Françoise Bouillot avec la collaboration d'Emilie Hermant). Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1996.

CORLETA, Helena Von Eye; Kalil, Heloisa Sarmiento Barata. ABC da Saúde: Fertilização in vitro. Disponível em: <<http://www.abssaude.com.br/artigo.php?199>>. Acesso em: 28 de jul.2002.

COSTA, Albertina Oliveira de; BRUSCHINI, Cristina. (org^{as}). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992.

COMITE CONSULTIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE. Avis sur l'évolution des pratiques d'assistance médicale à la procreation. In: *Medicine/ Sciences*. Paris. v. 10,n.8/9, 1994. (periodique).

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 196/96/ Resolução 246/97. In: Resolução do CNS de 06 de julho de 2000 sobre a Reprodução Humana. Brasília: DF. Disponível em: <[http:// conselho.saude.gov.br/html](http://conselho.saude.gov.br/html)>. Acesso em: jun.2002.

CORRÊA, Marilena Villela. *A tecnologia a serviço de um sonho: um estudo sobre reprodução assistida*. Tese, Rio de Janeiro: Instituto de medicina Social da UERJ, 1997.

_____. *Novas Tecnologias Reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites ?* Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

_____. Novas tecnologias reprodutivas: bem - vindas reflexões feministas. In: *Estudos Feministas*. Rio de Janeiro: IFICS/UFRJ, v.6,n.1, 1998. p. 126-137.

_____. “Sexo, sexualidade e diferença sexual no discurso médico”. In: LOYOLA, M. A. (org^a). *A sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998. p.69 -91.

_____. Reprodução assistida. Regulação possível ? Quem controla o quê e como? *Jornal do Conselho Federal de Medicina*. Brasília: Órgão oficial do Conselho Federal de Medicina. Ano XV, N.116, Abril, 2000.

_____. As Novas Tecnologias Reprodutivas: uma revolução a ser assimilada. In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/EDUERJ, 7 (1): 69 -98, 1997.

CORREIA, Marilena Villela ; LOYOLA, Maria Andréa. Medicalization of reproduction: new reproductive technologies, images of the child and the family among a group of women from the city of Rio de Janeiro, Brasil. In: *XIV Congress of Sociology of the ISA*. Montréal, Canadá, 26 july -1 august 1998.

CROWE, Christine. Whose Mind over Whose Matter? Women, in vitro fertilisation and the development of scientific knowledge. In: MCNEIL, Maureen; VARGOE, Ian; YEARLEY, Steven. *The New Reproductive Technologies*. London: The Macmillan Press LTDA, 1990. p. 27-57.

COSTA, Rosely Gomes. De clonagens e paternidades: as encruzilhadas do gênero. *Cadernos Pagu*. Campinas: Núcleo de estudos de Gênero, Unicamp, p. 157–199, 1998.

_____. *Concepção de filhos, concepções de pai: algumas reflexões sobre reprodução e gênero*. Tese. Campinas: Departamento de Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 2001.

DAUDELIN, Geneviève. Des Savoirs de Femmes sur les Nouvelles Techniques de Reproduction. *Recherches Féministes*. Québec: Université - Laval, v. 12, n. 2, p. 61-83. 1999.

DE NEUTER, Patrick. Devenir Pere Aujourd'Hui: Difficultés et Impasses: Une Perspective Phychanalytique. In: *La Pensée*. Paris: Espaces Marx, n. 327: 59-76, juillet- août-septembre 2001.

DEDEURWAERDERE, Tom. *La Dimension Ethique Dans la Sphère de La Rationalité Techonologique: Normes, Contextes et Arrières-Plans*. Université Catholique de Louvain. Centre de Philosophie du Droit Collège Thomas More, Carnet n. 82, p. 1-25, 2000.

DELAISI DE PARSEVAL, Geneviève. Procréations articielles et intérêt de l'enfant. In: *Medicine/ Sciences*. Paris, v. 10, n.8/9, p.173-185, 1994. (periodique, etudes. 14, rue D'Assas. 75006 Paris).

_____. *La Part du Père*. Paris: Editions du Seuil. 1998

_____. De la paternité triomphante à la paternité négociée. In: DELUMEAU, Jean; ROCHE, Daniel. *Histoire des Pères et de la Paternité*. Paris: Larousse, 2000.

_____. Le désir d'enfant saisi par la médecine et par la loi. In: *Esprit*. Paris: FRA, n. 11, p. 86 - 98, 1989.

DELAISI DE PARSEVAL, Geneviève ; JANAUD, Alain. *L'enfant à tout prix*. Paris: Editions du Seuil, 1983.

DELUMEAU, Jean; ROCHE, Daniel. *Histoire des Pères et de La Paternité*. Paris : Larousse, 2000.

DELPHY, Christine. *L'Ennemi Principal*. Penser le Genre. Paris: Syllepse, v.2, 2001. (Nouvelles questions féministes). ISBN - 907993- 88- 7.

DHAVERNAS, Marie-Josèphe Levy. Essentialisme et Biologisme dans les Nouveaux Modes de Procréation. In: Hurtig, Marie-Claude; Kail, Michèle; Rouch, Hélène. *Sexe Biologique et Sexe Social*. Paris: CNRS Editions, 2002.

_____. *Reproduction Médicalisée, temps et Différence*. In: *Cahiers du Genre*. Paris: Editions L'Harmattan, n.25,p. 167-188, 1999.

DIDIER, David; SOULE, Michel; NOEL, Janine. *Les Procréations Médicalement Assistées*. In: DIATKINE, René; SOULE, Michel; LEOVICI, Serge. *Nouveau Traité de Psychiatrie de L'Enfant et de L'Adolescent*. Paris:PUF, 1997.

DICKENS, M. Bernard. *Un Cadre Pour L'Analyse Ethique en Reproduction. Rapports Avec les Systèmes Légaux*. In: SUREAU, Claude; SHENFIELD, Françoise. *Aspects Ethiques de la Reproduction Humaine*. Paris: John Libbey Eurotext, 1995.

_____. *Reproductive Health Services and the Law and Ethics of Conscientious Objection*. In: *Medicine and Law World Association for Medical Law*. Israel: University of Haifa, v. 20, n. 2, 2001.

DINIZ, Debora; BUGLIONE, Samantha. (Ed^{as}.) *Quem pode Ter Acesso Às Tecnologias Reprodutivas / Diferentes perspectivas do Direito Brasileiro*. Brasília :Letras livres, 2002.

DINIZ, Débora. *Tecnologias Reprodutivas, Ética e Gênero: o debate legislativo brasileiro*. *Série Anis*, n.15, Brasília, 2000.

DORA, Denise Dourado. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e direitos humanos: conceitos em movimento*. In: ARILHA, Margareth ; CITELI, Maria Tereza (org^{as}). *Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva*. São Paulo: Editora 34. p. 69-80.

DORE, Chantal; SAINT- ARNAUD, Pierre. *La Procréation Médicalement Assistée au Prisme de la Logique Constructiviste*. In: *Recherches Sociographiques*. Université Laval: Canadá, v.XXXVI, n.3, p. 505-526, 1995.

DOUGLAS, Mary; WILDAVISKY, Aaron . *Risk and Culture: an essay on the selection of technology an environmental*. Berkeley/Los Angeles/London: university of California Press, 1983.

DRUMONT, José Geraldo de Freitas. Clonagem Humana. Universidade Estadual de Montes Claros. Disponível em: <http://www.unimontes.br/aunimont/clonagem.htm>. Acesso em: 03 jan.2003.

DUMOND, Louis. *Homo Hierarchicus*. São Paulo: Edusp, 1992.

EUROPE AN SOCIETY OF HUMAN REPRODUCTION AN EMBRYOLOGY. The Moral Status of the Pre-Implantation Embryo. In: *Human Reproduction*. v. 16, n. 5,p. 1046-1048, 2001.

ESPÓSITO, Silvia Emília. E. A sexualidade e sua outra legalidade. In: GROSSI, Miriam & PEDRO, Joana, Maria. (Org^{as}.) *Masculino, feminino, plural*. Florianópolis: Ed. Mulheres, 1998.

FAURE- PRAGIER; Sylvie. En Finir Avec la Stérilité Psychogène: Pour une Théorie de l'Inconception. In: *CAHIERS de Maternologie*. Revue de la Maternité Pyschique. Bébé 2000 Les Révolutions de la Parenté n. 11, Semestriel juillet- decembre, 1998.

_____. *Les Bébes de L'Inconscient: Les Psychanalyste Face Aux Stérilités Féminines Aujourd'Hui*. Paris: PUF. 1999.

FAUSTO- STERLING, Anne. How to Build a Man. In: VERNON H. Rosario (ed.). *Science and Homosexualities*. London: Routledge, 1997.

_____. *Sexing the Body: Gender Politics the Construction of Sexuality*. New York: Basic Books, 2000.

_____. *Myths of Gender: Biological Theories About Women and Men*. New York: Basic Books, 1992.

FERREOL, Gilles. Eugénisme et Bioéthique: Les Enseignements des Débats Contemporains. In: *Recherches Sociologiques*. v. XXVII,n. 1. Paris: PUF, 1996.

FERTINET DO BRASIL. Disponível em: < <http://www.fertinet.br/pub/2.htm>>. Acesso em: julho de 2001

FERTILITAT. Editorial: no caminho certo. *Boletim informativo*. Porto Alegre. n.1, ano X, julho a setembro de 2000. Disponível em: <<http://www.fertilitat.com.br/publicações.htm>>. Acesso em: 26 jun.2002.

FERTILITAT.WEB Site: a vida começa aqui. Informações ao paciente. Disponível em: <<http://www.fertilitat.com.br/localização.htm>>. Acesso em: 11 nov.2002.

FINE, Agnès. Parenté: Liens de Sang et Liens de Coeur. In: *Sciences Humaines*. Hors - série, n. 23, decembre 1998/ janvier 1999.

FLAX, Jane. Pós - modernismo e as relações de gênero na teoria feminista. In: BUARQUE, Holanda de (org^a). *Pós modernismos e política*. Rio de Janeiro: Ed. Rocco, 1991.

FONSECA, Cláudia. *Caminhos da Adoção*. São Paulo: Cortez Editora. 1995

FOUCAUL, Michel. *História da Sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, v.1, 11^a edição, 1993.

_____. *História da Sexualidade: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 6^a Edição, v.2, 1990

_____. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 12^a edição, 1995.

FRAISSE, Geneviève. Entre igualdade e liberdade. In: *Estudos Feministas*. Rio de Janeiro: FCS/UFRJ; PPCIS/UERJ, v.3, n.1, 1995.

FRANCO, Junior. Dilemas de la reproduccion asistida. In: *Cadernos de Saúde Pública* (Debates). V.14, Supl.1. Rio de Janeiro 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO102-11X199800500002&1...> Acesso em: 8 ago.2002.

FRANKLIN, Marilyn. . Posmodern Procreation: A Cultural Account of Assisted Reproduction. In: GINSBURG, F. D. ; RAPP, R. *Conceiving The New World Order : The Global Politics Of Reproduction*. London. England: University of California Pres, 1995.

_____. Deconstructing 'Desperateness': The Social Construction of Infertility in Popular Representations of New Reproductive Techonologies. In: MCNEIL, M. ; VARGOE, I. ;

YEARLEY, S. . *The New Reproductive Technologies*. London: The Macmillan Press LTD, 1990 . (capítulo 8).

FUEFE. *Jornal da Fundação Universitária de Endocrinologia e Fertilidade (FUEFE)*, ano 1, n.1 outubro de 1992.

GAGNON, Claire; DUPONT, Christiane. La Techno-Maternité. In: *La Gazette des Femmes*. Québec: Conseil du Statut de la Femme, v. 22, n. 5, p. 18-29, janvier- février, 2001.

GALVÃO, Loren; DIAZ, Juan. (orgs.). *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.

GARRAFA, Volnei; BERLINGUER, Giovanni. *O mercado Humano: estudo bioético da compra e venda de partes do corpo*. Brasília: UNB, 1996.

GELIS, Jacques. *L'Arbre et le Fruit: La Naissance Dans L'Occident Moderne XVI e XIX Siécle*. Paris: Fayard. 1984

GIDDENS , Anthony ; BAUMAN , Zygmunt; BECK, Ulrich; LUHMANN, Nicolas. *Las consecuencias perversas de la modernidade*. Coleção dirigida por Josetxo Beriain. Tradução de Celso Sánchez Capdequí, Revisão técnica de Josetxo Beriain. Barcelona: Editorial Anthropos, 1996.

GIDDENS, Anthony. Modernidade e auto- identidade. In: _____. *Modernity and Self-Identity*. Londres: Polity Press, 1991. Capítulo I , p. 1-9, 36 -37, 126-137.

_____. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: UNESP, 1991.

GIFFIN, Karen. Esfera de reprodução em uma visão masculina: considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classe e de gênero. In: *Physis - Revista de saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: IMS, UERJ, CEPESC, EDUERJ, v. 4 (1), p. 23-40, 1994.

GIFFIN, Karen; CAVALCANTI, Cristina. Homens e reprodução . In: *Estudos feministas*. Rio de Janeiro: IFCS/UFRJ/Florianópolis:CFH/UFSC, v. 7, n. 1 / 2, 1999.

GOLDIM, José Roberto. Ética aplicada à pesquisa em saúde. Disponível em: <<http://www.urgs.br/HSPA/gppg/disbio2.htm>>. Acesso em: 12 nov. 2002.

GOSLINGA-ROY, M.Gillian. Body Boundaries, Fiction of the Female Self: An Ethnographic Perspective on Power, Feminism, and the Reproductive Technologies. In: *Feminist Studies*. Maryland:University of Maryland, v. 26, n. 1, p. 113-140, 2000.

GROSSI, Miriam. *A trajetória do conceito de gênero nos estudos sobre a mulher no Brasil*. Anais, XVII Reunião da Associação Brasileira de Antropologia, Grupo de Trabalho-Relações de Gênero, Florianópolis, abril de 1990.

_____. Identidade de Gênero e Sexualidade. *Cadernos Antropologia em Primeira Mão*. Ilha de Santa Catarina: UFSC, 1998.

GROSSI, Miriam; HEILBORN, Maria Luiza.; RIAL, Carmen. Entrevista com Joan Wallach Scott. In: *Revista Estudos Feministas*. Rio de Janeiro: IFCS/UFRJ, v.6, n. 1, p. 114 –124, 1998.

GUIVANT, Julia. A trajetória das análises de risco: da periferia ao centro da teoria social. In: *BIB*, Editora:ANPOCS, n. 42, p.3 - 8, 2º semestre de 1998.

HARDING, Sandra. A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista. In: *Revista de Estudos Feministas*. Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UERJ, v. 1, n.1, p. 7- 32, 1993.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. In: *Cadernos Pagu. Campinas:Unicamp, Núcleo de Estudos de Gênero*, v.5, p. 7- 41, 1995.

_____. Um manifesto para os cyborgs: ciência, tecnologia e feminismo socialista na década de 80. In: HOLANDA, Heloisa Buarque de. *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p.245-288.

_____. The Virtual Speculum in the New World Order. In: *Feminist Review*. London: Spring, n. 55, 1997. p. 22-72.

_____. A Cyborg Manifesto: Science, Thechnology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century. In: *Simians, Cyborgs, and Women: the reinvention of nature*. Routledge, New York, 1991.p.150-181.

HEILBORN, Maria Luiza. Gênero, um olhar estruturalista. In: GROSSI, Miriam; PEDRO Joana, Maria. (Org^a.) *Masculino, feminino, Plural*. Florianópolis: Ed. Mulheres, 1998.

_____. Gênero, sexualidade e saúde. In: SILVA, Dayse de Paula Marques da (org^a). *Saúde, sexualidade e reprodução: compartilhando responsabilidades*. Rio de Janeiro: UERJ, 1997.

HÉRITIER, Françoise. Les logiques du social: systématiques de parenté et représentations symboliques. In: *Masculin/Féminin: La pensée de la différence*. Paris: Ed. du Seuil, 1996, chapitre II.

_____. *Masculino Feminino: o pensamento da diferença*. Lisboa: Instituto Piaget; 1996.

_____. Parentesco. *Enciclopédia Einaudi*, Portugal: Imprensa Nacional/ Casa da Moeda, v.20,1989.

_____. *L' Exercice de la Parenté*. Paris: Hautes Etudes/ Gallimard le Seul. 1981.

_____. *Les Deux Sœurs et Leur Mère*. Paris : Editions Odile Jacob, 1994.

_____. Technologies de la Reproduction Humaine. In: HIRATA, Hirata; LABORIE, Françoise; LE DOARE, H. ; SENOTIER, D. (coord.). *Dictionnaire Critique du Féminisme*. Paris: PUF, p. 220 -225. Politique d' Aujourd' Hui. 2000.

HURSTEL, Françoise. Penser la "Paternité Contemporaine". In: *La Pensée*. Paris: Espaces Marx, n.. 327: 47-57, juillet- août -septembre 2001

IACUB; Marcela; JOUANNET, Pierre. Introduction: les choix médicaux en matière de procréation. In: IACUB, Marcela; JOUANNET, Pierre. *Juger la Vie: Les choix médicaux en matière de procréation*. Paris: Éditions la Découverte, 2001.

IACUB, Marcela ; JOUANNET, Pierre. *JUGER LA VIE: Les Choix Médicaux en Matière de Procréation*. Paris: Éditions la Découverte, 2001

JOUANNET, Pierre.; THERY, Irene. Filiation et Biologie:Le Cas de la Procréation Médicalement Assistée. In: *Nouveau Regard*. Paris, n. 11, p.8-14, 2000. (article de périodique, entretien).

JOUANNET Pierre. Le médecin face à la procréation légalement assistée. In: IACUB, Marcela; JOUANNET, Pierre. *Juger la Vie: Les choix médicaux en matière de procréation*. Paris: Éditions la Découverte, 2001.

JOYAL, Alain. La famille: Un Objet Sociologique à Construire. In: *Revue de L'Institute de Sociologie, Situation de L'Ecrivain Francophone*. Bruxelles DA.: Colloque International, pp. 279 –295, 1991.

KAIL, Michèle. LE FLOU SAVANT DES N. T. R. Un Discours Méthodologie “Embryonnaire”. In: HURTIG, Marie-Claude; KAIL, Michèle; ROUCH, Hélène. *Sexe Biologique et Sexe Social*. Paris: CNRS Editions, 2002.

KEHL, Maria Rita. *A mínima diferença: masculino e feminino na cultura*. Rio: Imago, 1996.

KELLER- FOX, Evelyn. *La Passion du Vivant: La Vie et l'oeuvre de Barbara McClintock/ Prix Nobel de Médecine*. Paris: Institut d'Édition Sanofi - Synthélabo, 1999.

_____. *Le Rôle des Métaphores Dans les Progrès de la Biologie*. Paris: Colletion Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1999.

KELLER- FOX, Evelyn; LONGINO, Helen. *Feminism & Science*. Oxford: University Press, 1999.

KESSLER, J. Suzane . The Medical Construction of Gender Case Management of Intersexed Infants. In: LASLOH, Barbara; STEDT, Georgy Kohl; LONGINO, Helen; HAMMONDS, Evelyn (eds). *Gender and Scientific Authority*. State University of New York College at Purchase: The University of Chicago Press, 1996.

KERGOAT, Danielle. A divisão do trabalho entre os sexos. *Tempo Social*, São Paulo, vol. I, n.2, p. 88-96, 2^o semestre, 1989.

_____. Em defesa de uma sociologia das relações sociais. In: *O sexo do trabalho*, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

KEITH Jarvi. *Jornal O Globo On*, seção Saúde 12/6/99.

KIREJCZYK, Marta. Shaping Users Through the Cultural and legal Appropriation of in Vitro Fertilization. In: SAETNAN, Rudinow Ann; OUDSHOORN, Nelly; KIREJCZYK, Marta. *Bodies of Technology: Women's Involvement With Reproductive Medicine*. Georgia: Ohio State University Press. 2000. p. 183-206.

KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des Mères et de la Maternité en Occident*. Paris: PUF. 2000.

KRAUS, Cynthia. La bicatégorização par sexe à l'épreuve de la science". Les cas des recherches en biologie sur la détermination du sexe chez les Humans. In: *L'invention du naturel, les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Paris: éditions des archives contemporaines, 2000.

LABORIE, Françoise. La Maternité à Quel Prix ? In: *CAHIERS du Feminisme*. Paris: Printemps, 1992. (Dossier, entreteint).

_____. Rapports Sociaux de Sexe dans les Nouvelles Technologies de la Reproduction. In: *Cahiers du GEDISST*. Paris: L'Hamattan, n. 3, 1992.

_____. Procreation Artificielle: De Quelle Politique Reproductive S'Agit-il?. In: *CAHIERS DU GEDISST*. PARIS: IRESCO/GEDDISST/CNRS, n..5, p. 43-60,1993.

_____. Construction Conjointe des Techniques Procréatives et du Genre. Comparaison entre FIV et ICSI. In: *La Recherche Féministe dans la Francophonie*. Etat de la Situation et Pistes de Collaboration. Communication Présentée à la Table Ronde "Construction Sociale des Techniques et du Genre. Montreal: Ed. Du Remue- Ménage, 1999.". Université Laval, Québec, 24-28 septembre 1996.

_____. Novas Tecnologias da Reprodução: risco ou liberdade para as mulheres ? Tradução de Vera P. ; Gisélia P. In: *Revista de Estudos Feministas*. Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UERJ, v. 1, n.2, p. 435- 447,1993.

_____. *Procréation Artificielle: Santé des Femmes et des Enfants*. Louvain- la- Neuve, Academia- Bruylant/ L'Harmattan; CNRS/IRESCO/GEDISST, p. 477-500, 1996.

_____. Des Fantômes à La Mise en Acte. Offre et Refus de la Science. In: *Les Cahiers du GRIF de la Parenté à L'Eugenisme*. Paris: Editions Tierce, GEDISST/GERS/CNRS, Trimestriel. Automne, 1987.

_____. Nouvelles Technologies de la Reproduction (NTR): Risques Pour la Santé des Enfants. In: *Les Modes de Régulation de la Reproduction Humain. Incidences Sur La Fécondité et la Santé*. Colloque International de Delphes, 6 – 10 octobre 1992; Colloque de L'AIDELF. 4. Paris: PUF, pp.771- 777. AIDELF, 6. ISBN 2- 7332 – 7013-3, 1994.

_____. Nouvelles Technologies de la Reproduction (NTR): Risques pour la Santé des Femmes. In: *Les Modes de Régulation de la Reproduction de la Reproduction Humain. Incidences Sur la Fécondité et la Santé*. Colloque International de Delphes, 6 – 10 octobre 1992; Colloque de L'AIDELF, 4. Paris: PUF, pp.757- 770, AIDELF.6 ISBN 2-7332 – 7013-3, 1994.

_____. Gender-Based management of new Reproductive Technologies: A Comparison between in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection: In: SAETNAN, Ann Rudinow; OUDSHOORN, Nelly; KIREJCZYK, Marta. *Bodies of Techonology: Women's involvement with reproductive medicine*. Georgia: Ohio State Uiversity, 2000.

LABORIE, Françoise; AKRICH, Madeleine. De la Contraception à L'Enfantement. L' offre Technologique en Question. In: *Cahiers du genre*. Paris: Editions L' Harmattan, n. 25, 1999.

_____. Technologies de la Reproduction humaine. In: HIRATA, Helena; LABORIE, Françoise; LE DOARE, Hélène; SENOTIER, Daniele. (coord.). *Dictionnaire Critique du Féminisme*. Paris: PUF, p. 220-225, 2000. Politique D' aujourd'hui.

LAMAS, Marta. La antropologia feminista y la categoria "género". In: *Nueva Antropologia*. v.VIII, n. 30, México, 1986.

LAQUER, Thomas. La construccion del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Madrid: Ediciones Cátedra, 1994. p. 15 - 53.

LATOUR, Bruno. *La Science en Action*. Paris: Gallimard, 1995.

_____. *La Vie de Laboratoire: La Production des Faits Scientifiques*. Paris: La Découverte/Poche. 1996.

_____. *Jamais Fomos Modernos. Ensaio de Antropologia Simétrica*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

LAURETIS, Teresa. de. A tecnologia de gênero. In: BUARQUE, Holanda de (org^a). *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

LECZNIESKI, Lisiane Koller. Os sentimentos materno e paterno: o natural, o social e o lugar das emoções. In: XXII Reunião da Associação Brasileira de Antropologia, 15 a 19 de julho de 2000, Brasília.

LENOIR, Noëlle. Famille et Politique: Les Metaphores Familiales de l'Ordre Politique. In: *Regards Sociologiques*. Paris: Centre de Sociologie de l'Education et la Culture, Maison des Sciences de L'Homme. N. 15: 6-14, 1998.

_____. La fabrication de l'humain, la médecine du futur et l'éthique. In: *Éthique et Société*. Edité par MELLA, M. Paris: Edition Éthique et Société, mars, 2001.

LÉVI-STRAUSS, Claude. La sexualité féminine et l'origine de la société. In: *Les Temps Modernes*. Paris: Ed. du Seuil, n. 598, mars/avril, p. 78-84, 1998.

_____. *As estruturas elementares do parentesco*. Petrópolis: Vozes, 1982.

_____. *O pensamento selvagem*. Campinas: Papirus, 1989.

LIMA Cláudia Costa de. O leito procusto: gênero, linguagem e teorias feministas. In: *Cadernos Pagu*. n.2, p.141-174 1994.

_____. O feminismo e o pós - modernismo/ pós - estruturalismo: (in) determinação da identidade nas (entre) linhas do (com)texto. In: PEDRO, Joana Maria ; GROSSI, Miriam

(org^{as}). *Masculino, Feminino, Plural : gênero na interdisciplinaridade*. Florianópolis: Editora Mulheres, 1998. p. 57- 90.

LOWY, Ilana; GARDEY, Delphine. *L' Invention de Naturel*. Paris: Editions des Archives Contemporâneos, 2000.

LOWY, Ilana. Le Genre Dans L' Histoire Sociale et Culturelle des Sciences. In: *ANNALES: Histoire, Sciences Sociales*. Paris: Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, n.3, mai-juin, p. 523-529, 1995.

_____. Universalité de la Science "Sítue". In: GARDEY, Delphine; LOWY, Ilana. *L'INVENTION DU NATURE: Les sciences et la fabrication du feminine et du masculine*. Paris: Éditions des archives contemporaines, 2001.

LOYOLA, Maria Andréia. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: Heilborn, Maria Luiza (org^a). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

LYRA, Jorge; MEDRADO, Benedito. Gênero e paternidade nas pesquisas demográficas: o viés científico. *Estudos Feministas*. Florianópolis: CFH,UFSC, v.8, n.1, 2000.

MACORMACK, P. Carol.; STRATHERN, Marilyn. *Nature, culture and gender: a critique*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998. p. 1-24.

MACHADO, Lia Zanotta. Gênero, um novo paradigma? In: BESSA, M. A . K. (org^a.) *Trajetórias do gênero, masculinidades*. In: *Cadernos Pagu*. Campinas, UNICAMP,SP, n.11, p. 107 -125, 1998.

MAFESOLLI, Michel. Brasil, laboratório da pós-modernidade. In: TEIXEIRA, R. *Caros Amigos*, ano VI, n.64, julho02, p.20-21, 2001.

MALINOWSKI, Bronislaw. O status da mulher na sociedade nativa. In:_____. *A vida Sexual dos selvagens*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983. cap. II. p. 58 - 78.

_____. *La Sexualité et la Repression dans les Sociétés Primitives*. Paris: Petite Bibliothèque Payot, 2001.

MANSUR, Antonio. Dilemas éticos na fábrica da vida: casais hesitam sobre o que fazer dos embriões guardados em clínicas de fertilização. In: *Revista época*. São Paulo: São Paulo, Edição 116, 6 de agosto de 2000.

MARTIN, Emily. The Egg and the Sperm: how Science has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male – Female Roles. In: KELLER-FOX, Evelyn; LONGINO, E.Helen. *Feminism & Science*. Oxford: University Press, 1999.

MARCH, Karen. Perception of Adoption as Social Stigma: Motivation for Search and Reunion. In: *Journal of Marriage and the Family*. Canadá: Carleton University, n. 57, p. 653 - 660, 1995.

MATTEI, Jean-François; LABORIE, Françoise; NOVAES, Simone. Dilemmes de la Procreation Assistée. Rencontre entre um Médecin Parlementaire et Deux Sociologues. In: *Natures - Sciences - Sociétés*. Paris, v. 3 (3), p. 236-245, 1995.

MATHIEU, Nicole-Claude. Identité sexuelle/sesueé/de sexe? *L'Anatomie politique*. Paris: Cote Femmes, 1991.

_____. Les Transgressions du sexe et du genre à la lumière de données ethnographiques. In: HURTIG, Marie-Claude; KAIL, Michèle; ROUCH, Hélène. *SEXE BIOLOGIQUE ET SEXE SOCIAL*. Paris: CNRS Editions, 2002.

MEAD, Margareth. *Sexo e Temperamento*. São Paulo: Perspectiva, 1969.

MEHL, Dominique. Bioéthique. Revue de Presse. In: FRYDMAN, René.; FLIS-TRÉVES; Muriel; KOEPPÉL, Béatrice. Les procreations médicalement assistées: vingt ans après. Paris: Editions Odile Jacob, 1998.

_____. L'élaboration des lois bioéthiques. In: IACUB, Marcela.; JOUANNET, Pierre. *JUGER LA VIE: Les Choix Médicaux En Matière De Procréation*. Paris: Éditions la Découverte, 2001.

MELLADO Asunción Martínez. Familia y Biotecnología. In: MUNARRIZ, Alvarez, Luiz ; GUERRERO, Muñoz (eds.). *Biotecnología y Familia: Factores Socioculturales y Éticos*. Murcia: DM, Universidad de Murcia, 1999.

MEULDERS - KLEIN; M.T. La Place du Père dans L'Ordre Symbolique des Lois. L'Un et L'Autre? Ou L'Un est L'Autre. . In: *La pensée*. Paris: Espaces Marx, n.N. 327, p. 31- 46, juillet- août-septembre 2001.

MICALE, S. Mark. Hysteria Male/ Hysteria Female: Reflections on Comparative Gender Construction in Nineteenth – Century France and Britain. In: *Gender and Scientific Enquiry, 1780 - 1945*. Oxford: Blackwell, 1991.

MIELI, Paola. Verde: notas sobre as implicações atuais da reprodução assistida. *Estudos Feministas*: IFCS, UFRJ, V.6, n.1, 1998.

MINELLA, Luzinete Simões. Autodeterminação e passividade feminina e masculina: no campo da saúde reprodutiva. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, CFH/UFSC, v.8, n.1, p.169-185, 2000.

MINELLA, Luzinete Simões; SIQUEIRA, Maria Juracy Tonelli (org^{as}). Dossiê Relações de gênero e saúde reprodutiva: avanços e contradições sobre temas cruciais. *Estudos Feministas*, v.8. n.1, 2000.

MOLINIER, Pascale; GRENIER- PEZE, Marie (Coordonné). Variations Sur le Corps. *Cahiers du Genre*. Paris: éditions L' Harmattan, n. 29, 2000.

MOREIRA, Luiz. Projeto de lei n. 3.638, de fevereiro de 1993. Câmara dos Deputados. Brasília. (Relatoria Deputado Marcelo Deda).

MOURA, Confúcio. Projeto de lei n. 2.855, de julho de 1997. Câmara dos Deputados. Brasília. (Relatoria: Deputado Jorge Costa).

MOSCUCCI, Ornella. *The Science of Woman. Gynaecology and gender in England 1800-1929*. Cambridge university press, 1993.

MOTA, Antonio Joaquim; OLIVEIRA, Fátima de. Dossiê bioética e as mulheres: por uma bioética não sexista, anti-racista e libertária. *Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos*. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. 2000.

MUNFORD, L. *Técnica y civilización*. Madri: Alianza Editorial, 1994.

NADAL, Marie-José. Le Sexe/Genre et la Critique de la Pensée Binaire. In: *Recherchers Sociologiques*. Belgique: Lovain-la-Neve, v. 3, p. 5-22, 1999.

NAVARRO, Regina Lins. *A cama na varanda: arejando nossas idéias a respeito de amor e sexo*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

NERESINI, Federico; BIMBI, Franca. The lack and the “Need” of Regulation for Assisted Fertilization: The Italian Case. In: SAETNAN, Ann Rudinow; OUDSHOORN, Nelly; KIREJCZYK, Marta. *Bodies of Technology: Women’s Involvement With Reproductive Medicine*. Ohio State University Press. 2000.

NICHOLSON, Linda. Interpretando o gênero. In: *Estudos Feministas*. Florianópolis: CFH,CCE, UFSC, v. 8, n.2, 2000.

NOVAES, Simone ; SALEM,Tânia. Recontextualizando o embrião. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, IFSC/UFRJ – PPCIS/UERJ, v. 3, n. 1, p. 65-88, 1995.

OLIVEIRA, Fátima. *Engenharia Genética: o sétimo dia da criação*. São Paulo: Editora moderna, 1995.

_____. *Bioética: uma face da cidadania*. São Paulo: Editora: Moderna, 1997.

_____. Opressão de gênero, feminismo e bioética: “algumas considerações para o debate”. *Rede de informação sobre bioética: bioética & teoria feminista e anti-racista*. Disponível em: <<http://culturabrasil.art.br/RIB/DPBartigo1.htm>>. Acesso em: 29 jun..2000

_____. Lista bioética feminista. Disponível em: <<http://www.widesoft.com.br/cgi-bin/majordomo/subscribe/bioetica.htm>>. Acesso em: 24 ago.2001.

_____. *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas (NTRc): as benesses, os problemas e os riscos*”. In: Lista de bioética. Tema do mês de maio de 2000. Disponível em: <<http://www.widesoft.com.br/cgi-bin/majordomo/subscribe/bioetica.htm>>. Acesso em: 30 jun.2000.

_____. *A necessidade de ‘redução de embriões’ é uma decorrência da iatrogenia intencional*. Belo Horizonte, 2 de abril de 2000. <<http://www.fempres.cl/bioetica3.html>> ;

<<http://www.moderna2000.com.br/mapa/htm>>. Acesso em: 30 jun.2000.

OLIVEIRA, Fátima; FERREIRA, Débora Cristina Oliveira. “O debate sobre bioética na lista feminista. Projeto de divulgação e popularização da bioética: direitos reprodutivos. Instituição patrocinadora: The Jonh D. And Catherine T. MacArthur Foundation, Fundo de Capacitação e Desenvolvimento de projetos (FCDP). Disponível em: <<http://www.widesoft.com.br/cgi-bin/majordomo/subscribe/bioetica.htm>>. E-mail: listafeminsita@yahoo.com Acesso em: 18 abr.1999.

OUDSHOORN, Nelly. United We Stand: The Pharmaceutical Industry, Laboratory, and Clinic in the Development of Sex Hormones Into Scientific Drugs, 1920-1940. In: Science Techonology & Human Values. London: Sage Periodical Press, v. 18, n. 1, 1993.

_____. On the Making of Sex Hormones: Research Materials and the Production of Knowledge. London: Newbury Park and New Delhi, v. 20, 1990.

_____. Hormones, Technique et Corps l’archeologie des hormones sexuelles (1923-1940). In: _____. “*Hormones, Technique et corps: l’archeologie des hormones sexuelles*”. Annales, HSS, 4/5,p.775-793, 1998.

_____. Au sujet des corps, des technique et des feminismes. In: GARDEY, Delphine; LOWY, Ilana. *L’invention du naturel: les sciences et la fabrication du feminine et du masculine*. Paris: Éditions des archives contemporaines, 2000.

Pharo, Patrick. *Nature, culture et significations dans la theories de l’homme*. Paris/CNRS-CERSES. Notes de l’exposé du 9 octobre 2001.

PERRET, Zohra. Stérilité Masculine et Transmission de la Filiation: En Procréation Médicalement Assistée Avec Donneur. In: *Penser l’Hérédité*. Etnologie Française. Lyon: CECOS, XXIV, 1994.

PESTRE, Dominique. Pour une histoire sociale et culturelle des sciences: nouvelles définitions, nouveaux objets, nouvelles pratiques. *ANNALES, Histoire, Sciences Sociales*. Paris: École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, n. 3, p. 487- 522, 1995 (periodique).

PEREIRA, Wilza Rocha. O processo de medicalização do corpo feminino. In: SCAVONE, Lucila ; BATISTA, Luís Eduardo (orgs.). *TEMAS . Pesquisas de gênero entre o público e o privado*. São Paulo/Araraquara:UNESP/ Editora Cultura Acadêmica, n. 1, 2000.

PEREIRA, Dirceu Henrique. Como aumentar o índice de implantação embrionária. Disponível em: <<http://www.profert.com.br/>>. Acesso em: 31 mar.2002.

_____. Reprodução assistida. *Revista Época*. Disponível em: <<http://www.epoca.com.br/edic/ed0782000/socila.htm>>. Acesso: 7 ago.2000.

PERROT, Michelle. An 2000: quell bilan pour les femmes ? In: *Problèmes Politiques et Sociaux*. Paris, n. 835:85, 2000. (Dossiers d' actualité mondiales).

_____. De Marianne a Lulu: as imagens da mulher. In: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. (org^a). *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação liberdade, 1995. P.163-183.

PEYRE, Evelyne; WIELS, Joelle ; FONTON, Michèle. Sexe biologique et sexe social. In: HURTIG, Marie-Claude; KAIL, Michèle; ROUCH, Hélène. *SEXE BIOLOGIQUE ET SEXE SOCIAL*. Paris: CNRS Editions, 2002.

PETCHESKY, Rosalind Pollack. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard. *Sexualidades pelo avesso: Direitos, Identidades e Poder*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Editora 34, 1999.

PISCITELLI, Adriana. *Nas fronteiras do natural: gênero e parentesco*. *Revista de estudos Feministas*. Rio de Janeiro: IFCS/UFRJ, v.6, n.2, 1998.

_____. Gênero em perspectiva. *Cadernos Pagú*. Campinas/ São Paulo: Núcleo de Estudos de Gênero/UNICAMP, (11), 1998.

_____. Ambivalência sobre os conceitos de sexo e gênero na produção de algumas teóricas feministas. IN: AGUIAR, N. *Gênero e Ciências Humanas: desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1997.

POVEY, Mary. Speaking of the body: mid-victorian constructions of female desire. In: JACOBUS, Mary; KELLER-Fox, Evelyn; SHUTTLEWORTH, Sally. *Body /politics:women and the discourses of science*. New York & London, 1990. (cap.2).

QUEIROZ, Arryanne. Tecnologias reprodutivas e direito: algumas conexões. In: DINIZ, Debora; BUGLIONE, Samantha. (eds.). *Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas? Diferentes perspectivas do direito brasileiro*. Brasília: letras livres, 2002.

REDESAUDE. Mortalidade Materna. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Distrito Federal: Rede Saúde, maio de 2000.

RENDTTORFF, Jacob Dahl; KEMP, Peter. Introduction: Description of the Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw. Basic Ethical Principles. In: *European Bioethics and Biolaw. Report to the European Commission of the Biomed – II Project. Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw 1995 – 1998*. V. 1, Copenhagen, January 2000.

RIBEIRO, Diaulas Costa. Reprodução medicamente assistida: parentalidade contratual e biológica controversa e certificações. In: *Quem pode ter acesso as tecnologias reprodutivas? Diferentes perspectivas do direito brasileiro*. Brasília: Letras livres, 2002.

RIVAL, Laura; SLATER, Don; MILLER, Daniel. Sex and Sociality: comparative ethnographies of sexual objectification. In: *Theory, Culture & Society*. Sage: London, Thousand Oaks and New Delhi. v. 15, n. 3/4 p. 295 - 321, 1998.

RIFKIN, Jeremy. *O século da biotecnologia: a valorização dos genes e a reconstrução do mundo*. São Paulo: Makron Books, 1999.

RODHEN, Fabiola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ROSTAND, Jean. *Maternité et Biologie*. Paris: Editions Gallinard, 1966.

ROTANIA DE POZZI, Alejandra Ana. *Novas tecnologias reprodutivas e genéticas, ética e feminismo: a celebração do temor*. Rio de Janeiro: COPPE/UERJ, 1998. (tese de doutoramento no Programa de Engenharia de Produção da Coordenação dos Programas de Pós - Graduação em Engenharia da Universidade Federal do Rio de Janeiro).

_____. Vertientes valorativas actuales frente a las nuevas tecnologías reproductivas. In: Scavone, L. *Género y salud reproductiva en América Latina*. Cartago, Costa Rica: LUR, 1999. p. 333 – 368.

_____. "O Projeto Genoma Humano: Desafios éticos da biologia moderna". *Revista da Sociedade Brasileira de História da Ciência*, n.9, São Paulo: SBHC, p.3-16, 1993.

_____. "La genética y la reproducción humana: dilemas para el feminismo tomando a la ética de la responsabilidad como punto de partida". *II Congreso Mundial de Bioética*, Buenos Aires. *Anais*. Buenos Aires, 1994.

_____. "Biologia Moderna, Feminismo e Ética". In: Scavone, Lucila (org^a), *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*, Parte IV, cap.2, São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

_____. "O Feminismo e a ética da responsabilidade". In: Carneiro, Fernanda; Oliveira, Rosângela Soares de (org^{as}). *Corpo: meu bem, meu mal*, Apêndice, III Seminário de Teologia e Direitos Reprodutivos: Ética e Poder. Rio de Janeiro: ISER, Programa Sofia: Mulher, Teologia e Cidadania, 20 - 23 abril,1995.

ROUCH, Hélène. Nouvelles Techniques de Reproduction: de la différence à l'inégalité. In: HURTIG, Marie-Claude; KAIL, Michèle; ROUCH, Hélène. *Sexe Biologique et Sexe Social*. Paris: CNRS. Editions, 2002.

RUBIN, Galin. El Tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. In: NAVARRO, Marysa; STIMPSON, Catharine R. (compiladoras). *Qué son los estudios de mujeres?* México/Argentina/Brasil/Colombia/Chile/Espana/EUA/Per/Venezuela: Fondo de Cultura Economica.,1998.

SAFFIOTI, Heleieth. *Mulher na sociedade de classes*. Petrópolis: Vozes, 1976.

_____. *Do artesanal ao industrial: a exploração da mulher*. São Paulo: Hucitec, 1981

_____. *Emprego doméstico e capitalismo*. Petrópolis: Vozes, 1977.

_____. *O poder do macho*. 2^a edição, São Paulo: editora Moderna, 1987.

SAETNAN, Ann. Rudinow; OUDSHOORN, Nelly ; KIREJCZYK, Marta (edited). *Bodies of Technology: Women's Involvement With Reproductive Medicine*. Georgia: Ohio State University Press. 2000.

SALEM, Tânia. O “casal grávido”. Incursão em um universo ético. Tese de Doutorado em Antropologia Social. Rio de Janeiro: PPGAS,UFRJ, 1987. p. 288.

_____. O casal igualitário: princípios e impasses. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/AMPOCS, n.9,v.3, 1989.

SCAVONE, Lucila ; BRETIN Hélène.; MONY- THÉBAUD, Annie . Contracepção, controle demográfico e desigualdades sociais: análise comparativa franco-brasileira. In: *Estudos Feministas*. Rio de Janeiro: IFCS,UFRJ. v.2, n.2, 1994.

_____. Tecnologias reprodutivas: novas escolhas, antigos conflitos. In: *Cadernos Pagú*. São Paulo/ Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero, UNICAMP, (10),1998.

_____. Anticoncepción, aborto y tecnologías contraceptivas; entre la salud, la etica y los derechos. In:_____ *Género y salud reproductiva en América Latina*. Cartago, Costa Rica: LUR, 1999. p. 21 –56.

_____. *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo: UNESP, 1996.

_____. Biotecnologias de procriação e bioética. *Cadernos Pagú* , (10), p. 53 – 81, 1998.

_____. Aspectos bioéticos da medicalização da procriação humana: quando procriar ou não procriar é um privilégio a ser protegido? Rede de informação sobre bioética.
<http://culturabrasil.art.br/RIB/boletim06.htm>

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria de análise histórica. *Educação e Realidade*. Porto Alegre, 16 (2): 5–22, jul./dez.1990.

_____. História das mulheres. In: BURKE, P. (org.). *A escrita da história*. São Paulo: UNESP, 1992. p. 62- 95.

SCHIEBINGER, Londa. The Anatomy of Diference. In: _____. *Nature’s Body: Sexual Politics an the Making of Modern Science*. Boston: Beacon Press, p. 115-129, 1993

_____. *O Feminismo mudou a ciência?* Bauru/SP: Editora EDUSC Universidade do Sagrado Coração, 2001.

SCHUPUN, Monica Raiza. Códigos sexuais e vida urbana em São Paulo: as práticas esportivas da oligarquia nos anos vinte. In : _____. *Gênero sem fronteiras*. Florianópolis: Editora Mulheres, 1997. p. 45 - 71.

SÊMION. Guia prático para os casais participantes nos procedimentos de fertilização “in vitro” realizados no sêmion centro de medicina reprodutiva. Disponível em: <<http://WWW.semion.med.br/semion.htm>> Acesso em: abr.2002;nov.2002.

SHERIFF, Teresa. La Production D’Enfants et la Notion de “Bien de L’Enfant”. In: *Anthropologie, Relativisme Ethique et Santé*. Canada: Université Laval. V. 24, N. 2, 2000

SHUTTLEWORTH, Sally. Female Circulation: Medical Discourse and Popular Advertising in the Mid-Victorian Era. In: JACOBUS, Mary; KELLER-FOX, Evelyn; SHUTTLEWORTH, Sally. *Body/Politics: Women and the Discourses of Science*. New York & London, 1990. (cap.3).

SINGLY, François de. L’Enquête et les methodes: L’entretien. Paris: Éditions Nathan, 1992. (Texto traduzido por Greice Menezes in: I Workshop do Programa de Treinamento em Metodologia de pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva, 1998).

SIQUEIRA, Juracy Tonelli. A constituição da identidade masculina em Florianópolis. in: PEDRO, Joana Maria; GROSSI, Pillar Miriam. (Org^a). *Masculino Feminino Plural*. Florianópolis: Mulheres, 1998.

_____. Novas formas de paternidade: repensando a função paterna à luz das práticas sociais. In: SILVA, Alcione Leite da; LAGO, Mara Coelho Souza de; RAMOS, Tânia Regina Oliveira (Orgs.). *Falas de Gênero*. Ilha de Santa Catarina: Editora Mulheres, 1999.

SOARES, Vera. Trabalhadoras: direitos reprodutivos nos acordos coletivos. In: COSTA, Albertina Oliveira. *Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América latina*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34, 1997.

SOMMER, E. Susana. Nuevas formas de procreación. In: SCAVONE, Lucila (org^a). *Gênero y salud reproductiva en América latina*. Costa Rica: Livro Universitário Regional, 1999.

STOLLER, J. Robert. *Masculinidade e Feminilidade, apresentações de gênero*. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

STOLCKE, Verena. El Sexo de la Biotecnología. In: *Estudos Feministas*. Rio de Janeiro: IFCS/UFRJ, v.6, n.1, 1998

STRATHERN, Marilyn. *Reproducing the future; essays on anthropology, kinship and the new reproductive technologies*. Oxford Road, Manchester University Press, New York: Routledge, 1992.

_____. Parentesco por iniciativa: a possibilidade de escolha dos consumidores e as novas tecnologias da reprodução. In: *Análise Social*, Vol. XXVI (114), p. 1011-1022. 1991 (5º).

_____. *The Gender of the Gift: Problems With Women and Problems With Society in Melanesia*. University of California Press, Berkeley, 1988.

_____. *Property, Substance et Effect: Anthropological Essays on Persons and Things*. London & New Brunswick, NJ: The Athlone Press. 1999.

_____. Postscript: A relational view. In: EDWARDS, Jeanette; FRANKLIN, Sarah; HIRSCH, Eric; PRICE, Frances; STRATHERN, Marilyn. *Technologies of procreation: kinship in the age of assisted conception*. Second Edition. London, 1999.

SUREAU, Claude; SHENFIELD, Françoise. *Aspects Ethiques de la Reproduction Humaine*. Paris/London: John Libbey Eurotext, 1995. (Edited by Claude Sureau; françoise Shenfield).

TAIN, Laurence. Techniques et Acteurs: Parcours Différenciés de Femmes dans une Démarche de Fécondation In Vitro. In: *Cahiers du Genre. De la Contraception à L'Enfantement. L'offre Technologique en Question*. n. 25, p. 75 - 94, 1999. Rés. Anglais. ISBN 2 - 7384-84761-X.

TELLES, Fábio. Estadão. Desenvolvida Técnica para fecundação de óvulo sem esperma. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/ciencia/noticias/2001/jul/10/216.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2001

TESTART, Jacques. *Des Hommes Problables: De la Procréation Aléatoire à la Reproduction Normative*. Paris: Editions du Seuil. 1999.

_____. *L'Oeuf Transparent*. Paris: Flammarion, 1986.

TESTARD, Jacques; GODIN, Christian. *Au Bazar du Vivant: Biologie, Médecine et Bioéthique sous la Coupe Libérale*. Paris: Éditions du Seuil. 2001.

TREICHLER, A . Paula. Feminism, medicine, and meaning of childbirth. In: JACOBUS, Mary; KELLER-FOX, Evelyn; SHUTTLEWORTH, Sally. *Body/ Politics: women and the discourses of Science*. New York & London: Routledge., 1990.

TUBERT, Silvia. *Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas*. RJ: Editora Rosa dos Tempos, 1996.

UFMG/COEP. Portaria (011079) de 13 de março de 1997. UFMG: Belo Horizonte. Registro na Comissão Nacional de Ética em pesquisa do Conselho nacional de Saúde em 30 de abril de 1997. Disponível em: <<http://www.ufmg.br/coep.html>> . Acesso em: 17 nov.2000.

Warnock Mary. Report of Committee of inquiry into human fertilization and embryology. London: HMSO, 1984.

WATEL- PERETTI, Patrick. *Sociologie du Risque*. Paris: HER, Mand Colin, 2000.

WILLIAMS, Perry. The Laws of Health: Women, Medicine an Sanitary Reform, 1850-1890. In: *Gender and Scientific Enquiry, 1780 -1945*. Oxford: Blackwell, 1991.

VACQUIN, Monette. Dossier La Techno Faut-il Maternité. In: DUPONT, Christiane; GAGNON, Claire. *La Gazette des Femmes*. Paris: Conseil du Statut de la Femme, v.22, n.5, 2001.

VANDELAC; Louise. Technologies de la reproduction: L'irresponsabilité des pouvoirs publics et la nôtre. In: *Sociologie et Sociétés*. Canada: Université du Québec à Montreal, v. 28, n. 2, p. 59 -75, 1996 (periodique).

VAN DER PLOEG, Irma. L'Individualité féminine à l'épreuve des technologies de reproduction. In: AKRICH, Madeleine; LABORIE, Françoise. De la contraception à l'enfantement: L'offre technologique en question. *Cahiers du Genre*; Anciennement Cahiers du Gedisst. Paris: Éditions L'Harmattan, n.25, p. 95 – 121, 1999.

VARGAS, Eliane Portes. A figueira do inferno: os reverses da identidade feminina. In: *Revista de Estudos Feministas*. Florianópolis: IFCS/UFRJ - CFH/ UFSC, v.7, n.1/2,1999.

VARIKAS, Eleni. Naturalisation de la domination et pouvoir légitime dans la théorie politique classique. In: GARDEY, Delphine; LOWY, Ilana. *L'invention du naturel; les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Paris: Éditions des archives contemporaines, 2000.

VILLA, Alejandro Marcelo. Significados da reprodução na construção da identidade masculina em setores populares urbanos. In: COSTA, Albertina Oliveira de. *Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34, 1997.

VILLELA, Wilza Vieira ; BARBOSA, Regina Maria. Repensando as relações entre gênero e sexualidade. In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina Maria (ORGS.). *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 1996.

VVAA. ETHIQUE ET SOCIETE. In: *Cahiers du Centre de Sociologie de L' Ethique*. Paris: IRESCO (Institut de Recherche sur les Sociétés Contemporaines), 2^{ème} série, cahier n.2, (Actes de la Journée du 27 janvier 1994).

VVAA. Marital Perceptions an Interactions Across the Transition to Parenthood. In: *Journal of Marriage and the Family*. University of North Carolina, n. 61, p. 611-625, 1999.

VVAA. Recuperação de espermatozóides em pacientes submetidos à punção testicular e/ou epidididária e ICSI. Disponível em: < <http://www.fertility.com.br/art23.htm>> . Acesso em: 29 jun.2000.

Glossário

Assisted Haching - abertura em laboratório de um furo na membrana glicoproteica (zona pelúcida) que envolve os embriões. Tal procedimento pode facilitar o processo de fixação embrionária no útero.

Azoospermia - ausência de espermatozóides no esperma.

Beta-HCG - Hormônio secretado pela placenta do ovo assim que ele se implanta no útero é medido através do sangue da mãe; sua presença é sinal de gravidez.

Biotecnologia- palavra formada por três vocábulos de origem grega: bios=vida; técnico=técnica; e logos= estudo. Literalmente, é o estudo das técnicas aplicadas ao estudo da vida. O estudo da técnica e processos biológicos para a elaboração de produtos.

Célula germinal - célula sexual da qual a multiplicação e a diferenciação conduzem a formação de gametas, o espermatozóide para o homem e o óvulo para mulher.

Célula somática - célula constituída de tecidos e órgãos do corpo, com exceção das células germinais. Todas as células somáticas do indivíduo possuem o mesmo conteúdo genético.

Clonagem reprodutiva - criação e desenvolvimento à termo de um embrião por transferência de uma célula somática de um adulto (ou de um embrião) para dentro do óvulo desnucleado. Esse novo indivíduo obtido à partir desse embrião será geneticamente idêntico àquele que foi o doador do núcleo transferido.

Clonagem terapêutica- produção em série de células ou tecidos suscetíveis de poder ser transferidos no caso de uma doença para substituir as células ou tecidos anormais ou deficientes. Essas células podem ser obtidas à partir de células embrionárias ou de células adultas. Para evitar a rejeição, essas células ou tecidos podem ser obtidas após a transferência do núcleo de uma célula somática da pessoa doente dentro do óvulo desnucleado.

DPI- Diagnóstico pré- implantacional - identificação de uma anomalia sobre um embrião antes da implantação dentro do útero. O diagnóstico é realizado a partir da análise de uma ou duas células recolhidas, geralmente, no terceiro dia do seu desenvolvimento.

DPN- Diagnóstico pré-natal - identificação de uma anomalia sobre o embrião ou um feto ainda no ventre da mãe. O diagnóstico pode ser realizado por uma ecografia, ou por recolhimento de células fetais, no nível da placenta, dentro do líquido amniótico.

Espematites- são células precursoras dos espermatozóides

FIV- Fecundação *in vitro* – os ovócitos são recolhidos após estimulação ovariana, sob anestesia local ou geral. Paralelamente os espermatozóides são selecionados em função de sua mobilidade (sinal de sua qualidade). Depois são colocados em contato com os espermatozóides . Os embriões obtidos são transferidos em geral depois de 3 dias (às vezes mais tarde). A gravidez poderá ser confirmada após 14 dias da transferência por meio de uma dosagem sanguínea do hormônio HCG.

Gene - pedaço ou unidade funcional da molécula de DNA, responsável pela transmissão da herança, que se encontra, em geral, no núcleo celular, cuja única finalidade é produzir proteínas. O DNA é o elo entre todos os seres vivos. A vida biológica está contida em uma molécula de DNA.

Genótipo - constituição genética de uma célula ou de um indivíduo.

Inseminação Artificial- trata-se da mais antiga técnica de assistência médica a reprodução. Ela consiste no depósito de espermatozóides, seja do cônjuge ou de um doador, diretamente dentro do colo do útero (*inseminação intra-cervical*), ou diretamente dentro do útero (*inseminação intra-uterina*). Isto é realizado no dia da ovulação, que se dá através de estimulação ovariana. Como a taxa de sucesso é baixa, recomenda-se até três tentativas.

ICSI- Injeção intracitoplasmática de espermatozóide – é uma das técnicas intervenientes dentro da FIV, utilizada para fecundação. Espermatozóides e óvulos não se encontram sozinhos, os biólogos, ou o médico, injetam o espermatozóide diretamente dentro do óvulo. A

técnica é indicada para homens que sofrem de esterilidade (ou com quantidade muito pequena de espermatozoides). Ela pode se realizar mediante a retirada de espermatozoides de dentro dos testículos através de micro-cirurgia, o que permite o uso de espermatozoides.

Apêndice A - Entrevista com os médicos

1. O senhor/a poderia me falar um pouco sobre o que o/a levou a trabalhar com tecnologias concepcionais humanas ?
2. Na sua opinião qual é a função do médico no processo de fertilização in vitro?(inseminação artificial).
3. Quais são as maiores dificuldades com as quais o médico se depara diante de um pedido de tratamento para engravidar ? FIV/ICSI, ou IA ?
4. Em geral, quem são os casais que procuram este tratamento? Qual é o seu perfil? O que eles esperam do médico ?
5. Quantos casais o senhor/a ajudou a engravidar com este método ?
6. Como é para o senhor/a quando não dá certo ? O senhor/a prevê de alguma maneira esta possibilidade ? O senhor/a se sente a vontade para falar com os interessados sobre o possível fracasso, sobre os riscos , quais são ? etc.
7. Em que situações os tratamentos são interrompidos? Depende de indicativos dados pela medicina, ou influenciam outros fatores?
8. O sr/a. diria que há da parte dos casais algum tipo de resistência em relação ao uso de alguma técnica de reprodução assistida ?
9. O senhor/a teve casos de sucesso. A que o senhor atribui este sucesso ? Nos casos de fracasso estão envolvidos outros fatores ? O que diz sua experiência?
10. Que exames são pedidos na pesquisa básica da infertilidade ?
11. Na sua opinião porque as pessoas querem tanto ter um filho? Porque um filho a qualquer preço ? O desejo do filho marca alguma relação de sentido para a vida dos envolvidos ?
12. Quando um casal a/o procura , o desejo de ter um filho é expresso como uma busca de ambos ou a sua experiência indica motivações diferenciadas em se tratando do homem e da mulher ? Na sua opinião o que esperam os casais quando o procuram para fazer tratamento para engravidar ? Esperam mesmo um filho ? Há diferenças entre as expectativas do homem e da mulher ?
13. O senhor/a considera o tratamento a partir da categoria casal infértil, da mulher infértil, ela e/ou ele?
14. Existe alguma motivação particular que leva uma mulher a fazer tratamento para engravidar ? E o que leva um homem infértil a fazer tratamento para engravidar ?
15. O senhor/a classificaria como diferenciados ou não, os níveis de envolvimento entre homem e mulher quando se trata da infertilidade humana ?
16. Ter um filho via fertilização in vitro muda em algo o sentido da gravidez ?
17. Na sua opinião como as pessoas que o/a procuram para tratar a infertilidade lidam com a ausência de filhos ?
18. As tecnologias reprodutivas são uma resposta à infertilidade humana ? Quando pensamos neste novo mundo que vêm sendo criado pelo uso das novas tecnologias, que novos valores estão sendo construídos ?
19. O senhor/a acha que a entrada das NTRc no domínio da reprodução humana está gerando algum tipo de ruptura nos conceitos de pai e mãe, tal como foram entendidos ao longo do tempo ?

20. Está acontecendo algum tipo de mudança de paradigma nas relações entre homem e mulher quando se trata da reprodução humana ?
21. O senhor/a acha que a entrada das novas tecnologias conceptivas estão gerando algum tipo de mudança em relação aos modelos de natureza e os significados de natureza humana ?
22. As pessoas, na sua opinião, desejam fazer uso desta tecnologia diante da incapacidade para engravidar ?
23. O senhor/a acha que há algum problema moral ou ético envolvido com este procedimento / tratamento ?
24. O senhor/a pensa que os sistemas de saúde deveriam investir neste tipo de tecnologia ? Trata-se de uma necessidade ? As pessoas têm direito a este tipo de tratamento ?
25. Sobre o que mais o senhor gostaria de falar ?

Apêndice B - Entrevistas com os casais.

Nome:

Escolaridade:

Profissão:

Estado civil ?

Trabalha ?

1. Você poderia me falar um pouco sobre o que levou vocês a buscar “meios” para engravidar ?
2. Qual foi a motivação desta escolha ? Quem tinha mais desejo de procurar tratamento você, ou seu companheiro? Vocês sofriam ou sofrem algum tipo de pressão ?
3. Em geral na sua opinião são mais os homens ou as mulheres que procuram tratamento? Onde vocês procuraram, por que ? Você classificaria como diferenciados ou não, os níveis de envolvimento entre homem e mulher quando se trata da infertilidade humana ?
4. Como você tomou conhecimento sobre estas técnicas ? Quanto tempo levou o tratamento ? Vocês tinham feito tratamento para infertilidade antes ? Qual a causa de infertilidade ?
5. Você sentiu se o médico/a que a /o atendeu tratou a situação como uma problema do casal ? Os dois fizeram exames ? Os dois responderam perguntas.....etc.....
6. Você sabe como foi a técnica utilizada? Como foi passar por esta experiência ? Ela foi explicada a vocês? As dúvidas foram esclarecidas ? Como você se sentia durante o tratamento ? Quantas vezes você fez ? Quais foram suas maiores dificuldades neste processo de “engravidar”?

7. Vocês tiveram informações sobre os possíveis riscos ? Quem informou ? Na sua opinião qual é o papel do médico neste tipo de tratamento ?
8. Na sua opinião porque as pessoas querem tanto ter um filho do seu próprio sangue ? Por que não adotar ?
9. Você acha natural ter um filho com este método ? Ter um filho via fertilização in vitro muda em algo o sentido da gravidez ?
10. Você acha que há algum problema moral ou ético envolvido com este procedimento / tratamento ? (se necessário perguntar sobre quem pagou o tratamento?)
11. Para você o que significa ser pai ? Mãe ?
12. Você pensa que os sistemas de saúde deveriam investir neste tipo de tecnologia ? Trata-se de uma necessidade ? As pessoas tem direito a este tipo de tratamento ?
13. Sobre o que mais você gostaria de falar ?

Apêndice C- Entrevista com os especialistas na França.

a. Médecins

J'aimerais avoir une vue d'ensemble de la trajectoire d'un couple infécond dans le secteur public français, pour avoir un regard neuf sur la pratique brésilienne.

Pouvez-vous me donner quelques repères sur la pratique française, en particulier du point de vue de votre propre pratique

1. Quel est le cheminement des couples inféconds qui veulent avoir un enfant ?
2. Quel sont à votre avis les principales difficultés que rencontrent (ont) les couples inféconds qui aimeraient avoir recours à une PMA ?
3. Quel sont les principales difficultés que rencontrent des médecins face à une demande de PMA ? (FIV, ICSI...).
4. Pour quels raisons décide-t-on de passer d'une technique à une autre ? Par exemple, d'une FIV à une ICSI . Et de une IAC a ICSI ? IAD a ICSI ? Quel sont des raison pour changer ?
5. Quel sont les taux moyens de succès par cycle d'IAD et par cycle d'IAC? Y a-t-il une grande différence ? Savez dire Est – ce que il y a plus de succès se la insémination é IAD or IAC ?
6. A votre avis quel sont les facteurs qui affectent les taux de succès ? S'agit-il essentiellement de facteurs techniques, ou y a-t-il d'autres facteurs ?
7. A quoi sont dues les variations dans les taux de succès de ICSI ? Est-ce la maturation testiculaire [?] ou plutôt la qualité des œufs ?
8. Comme se peut savoir sur la qualité des spermés ? Quel sont les principales problèmes ?
9. Pensez-vous que l'ICSI est une variante technique de la fécondation in vitro ou est-ce autre chose ?
10. Estimez-vous que la fécondation in vitro et l'ICSI sont encore des techniques expérimentales ? Pourquoi ou pourquoi pas?

11. Pouvez-vous me parler des risques d'une PMA pour la santé des femmes d'une part, des enfants d'autre part ? S'il y a ?
12. Quel sont en France les obstacles au recueil des données sur les risques pour les enfants ? Et pour les femmes ?
13. Le recours à des spermatozoïdes pour une fécondation, est-ce une technique sans risques ?
14. Pratique-t-on dans ce service des réductions embryonnaires ? Dans quelles circonstances ?
15. Quel tests sont utilisés pour déterminer la qualité des embryon (en ICSI et en FIV) ?
16. A quel moment de leur développement transférez-vous les embryons ?
17. Comme quelqu'un peut faire la classification d'un embryon ?
18. Quel est votre éthique en tant que médecin dans le domaine de la procréation ?
19. Y a-t-il une différence dans la médicalisation du parcours, selon l'âge de la femme ?
20. Pouvez-vous m'expliquer ce qu'est une micro-délétion chromosomique...
21. Quel sont les laboratoires qui distribuent le Citrate de Clomifène en France ? Y a-t-il une surveillance sur ces laboratoires ? [?] Les laboratoires sont-ils français ?

b. Psicólogos/psicanalistas

Je veux avoir une vue d'ensemble de la trajectoire d'un couple infécond dans le secteurs public.....

Est - ce - que vous pouvez me donner quelques repères sur la pratique française, pour avoir un regard neuf sur la pratique brésilienne.

1. Quelle est la motivation qu'amènent les couples qui cherchent cette alternative de combattre à l'infertilité ; Pour quoi les personnes cherchent un enfant ?
2. Quel sont à votre avis du point de vue psychologique les principales difficultés qu'ont les couples qui cherchent la PMA ?
3. Quand un couple cherche la PMA vous trouvez qu'il y a généralement un projet de couple ? Quel sont les facteurs qui déterminent cette décision ?
4. Qui c'est peut dire sur le désir ?
5. Il y a quelque changement entre être père et mère aujourd'hui par rapport au passé ? Si nous pouvons faire la comparaison entre une grossesse naturelle et grossesse pour PMA ?
6. Quel est le chemin qui font les couples en France s'ils veulent / souhaitent un enfant ?
7. Comme est votre travail dans ce domaine ? Votre rôle ?
8. Vous pouvez me parler un peu s'il y a un coût psychologique pour ces couples qui sont à la PMA ? Par rapport à ce point il y a un moment où arrête ? Pour ne plus continuer ?
9. Quel sont à votre avis des risques impliqués par ce développement technologique ? Comment faire une évaluation sérieuse ?
10. Quel est à votre avis l'éthique de la responsabilité dans le domaine de la procréation ?
11. Il y a quelque question que vous trouvez intéressante ?

Apêndice D - Formulário do Consentimento livre e esclarecido

Meu nome é Marlene Tamanini. Eu sou estudante no Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina. Minha pesquisa é sobre Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas (procriação assistida). Estou interessada em saber o que dizem os médicos e os casais que vivem esta experiência, sobre este tratamento para engravidar.

Neste momento estou lhe consultando, sobre se gostaria de colaborar com esta pesquisa. Gostaria de falar sobre o que significou para você passar, ou estar passando por esta experiência.

Eu costumo fazer algumas perguntas que a pessoa vai respondendo na medida em que quiser responder. Costumo também gravar a entrevista para não perder nada do que a pessoa me diz. Sei que este assunto é delicado, por isso, se você aceitar, então esclareço que você falará somente o que achar que deve falar e poderá interromper a entrevista quando quiser.

Considero que está pesquisa não traz nenhum risco aos seus participantes. Penso que conhecendo melhor o que você pensa e está vivenciando neste tratamento, isto poderá contribuir na vida dos casais que ainda precisarão fazer estes procedimentos.

Sua participação é inteiramente voluntária, e somente o grupo de pesquisadores da Universidade /SC, terá acesso às informações que pretendo obter. Isto irá acontecer somente quando terminar o trabalho de pesquisa. Serão utilizados nomes fictícios na minha tese, ao final do período da pesquisa, de forma que sua identidade será preservada.

Se tiver qualquer dúvida, pergunte que tentarei esclarecer.

Declaro que li o texto acima, e entendo os objetivos e condições da participação na pesquisa que tem como título: Novas tecnologias reprodutivas conceptivas à luz de gênero e das representações dos casais e médicos; e aceito dela participar.

Florianópolis: de..... de.....

Nome:.....

Assinatura:.....

Assinatura da pesquisadora.....

Anexo A-

Assunto	PL 3.638/1993 Dep. Luiz Moreira (PFL –MA) CCJR – relator: De. Marcelo Deda (PT-SP)	PL 2.855/1997 Dep. Confúcio Moura (PMDB – RO) CSSF – relator: Dep. Jorge Costa (PMDB –PA)	PLS 90/1999 Sem. Roberto Requião (PMDB –PR)	Substitutivo PLS 90/1999 Sen. Roberto Requião (PMDB)	Resolução CFM – 1.358/1992 Conselho Federal de Medicina
Aplicação	Somente para mulheres ou casais inférteis, após esgotados outros métodos.	Somente para mulheres ou casais inférteis, após esgotados outros métodos	Somente para mulheres ou casais inférteis e em idade reprodutiva, após esgotados outros métodos.	Somente mulheres casadas/em união estável, inférteis e em idade reprodutiva, após esgotados outros métodos.	Somente para mulheres ou casais inférteis, após esgotados outros métodos
Clonagem	Não menciona	Veda o uso de RHA para fins de clonagem	Não menciona	Não menciona	Não menciona
Consentimento	Se casada, ou em união estável, é necessária a autorização do cônjuge	Basta autorização da mulher	Exige consentimento da mulher e do cônjuge	Exige consentimento da mulher e do cônjuge	Exige consentimento da mulher
Implantação dos pré - embriões	Máximo de 4 por tentativa	Máximo de 4 por tentativa	Máximo de 4 por tentativa	Máximo de 4 por tentativa	Máximo de 4 por tentativa
Crioconservação e descarte de pré-embriões	Proíbe o descarte de pré-embriões, permitindo aos cônjuges decidir sobre o destino dos mesmos em doação	Determina a crioconservação de pré-embriões por um período de 5 anos, após o que permite o descarte ou o uso para fins científicos.	Não estabelece prazo para conservação, permitindo aos usuários definir o destino dos mesmos, inclusive descarte	Proíbe a crioconservação de embriões, devendo todos serem transferidos a fresco	Proíbe o descarte de pré-embriões, permitindo aos cônjuges decidir sobre o destino dos mesmos em doação.
Redução seletiva de embriões	Não permite em caso algum	Não permite, exceto se houver risco de vida à gestante	Não menciona	Torna crime a redução embrionária, com pena de 3 a 10 anos de reclusão e multa	Não permite em caso algum
Seleção e intervenções em pré-embriões	Permite a seleção e terapêutica para fins exclusivos de evitar a transmissão de doenças hereditárias, incluindo aqui a seleção de sexo	Permite a seleção e terapêutica para fins exclusivos de evitar a transmissão de doenças hereditárias. Prevê disposições sobre o uso de pré-embriões para fins de pesquisa científica	Permite a seleção e terapêutica para fins exclusivos de evitar a transmissão de doenças hereditárias, incluindo aqui a seleção de sexo.	Permite a seleção e terapêutica para fins exclusivos de evitar a transmissão de doenças hereditárias, incluindo aqui a seleção de sexo.	Permite a seleção e terapêutica para fins exclusivos de evitar a transmissão de doenças hereditárias, incluindo aqui a seleção de sexo.
Uso de pré - embriões para fins de pesquisa científica	Proíbe a fecundação de oócitos humanos com qualquer outra finalidade que não a procriação	Proíbe a alteração de patrimônio genético não – patológico. Condiciona a utilização de pré - embriões não viáveis para reprodução em pesquisas e finalidades farmacêuticas à aprovação da Comissão nacional de RHA, criada pelo projeto.	Não menciona	Não menciona	Proíbe a fecundação de oócitos humanos com qualquer outra finalidade que não a procriação.

Doação: identidade do doador	A identidade do doador e receptor deve ser mantida sob sigilo, podendo ser revelada apenas a médicos em situações especiais	A identidade do doador e receptor deve ser mantida sob sigilo, podendo ser revelada a médicos em situações especiais.	A identidade do doador e receptor deve ser mantida sob sigilo, podendo ser revelada a médicos em situações especiais. Permite ao filho conhecer a identidade do doador após sua maioridade jurídica ou em caso de não Ter registro de pai.	A identidade do doador e receptor deve ser mantida sob sigilo, podendo ser revelada a médicos em situações especiais. Permite ao filho conhecer a identidade do doador após sua maioridade jurídica	A identidade do doador e receptor deve ser mantida sob sigilo, podendo ser revelada apenas a médicos em situações especiais.
Comercialização	Veda a comercialização de gametas	Veda a comercialização de gametas	Veda a Comercialização de gametas	Veda a Comercialização de gametas	Veda a Comercialização de gametas
Controle sobre fecundação/doador	Estabelece o controle sobre fecundação de modo a que um doador não produza mais de uma gestação para cada um milhão de habitantes	Estabelece o controle sobre fecundação de modo a que um doador não tenha mais de dois filhos em um mesmo estado da Federação.	Estabelece o controle sobre fecundação de modo a que um doador não produza mais de uma gestação para cada um milhão de habitantes.	Estabelece o controle sobre a fecundação de modo a que um doador não sirva a mais do que um par de beneficiários.	Estabelece o controle sobre fecundação de modo a que um doador não produza mais de uma gestação para cada um milhão de habitantes.
Barriga de aluguel	Proíbe o uso comercial da gestação de substituição e somente permite a doação temporária de útero entre mulheres da mesma família, em parentesco até segundo grau.	Proíbe o uso comercial ou lucrativo da doação temporária de útero. Exige autorização do Conselho nacional de RHA, quando a mãe biológica não for parente de até quarto grau da futura mãe legal.	Proíbe o uso comercial da gestação de substituição e somente permite a doação temporária de útero entre mulheres da mesma família, em parentesco até Segundo grau.	Proíbe o uso comercial da gestação de substituição e somente permite a doação temporária de útero entre mulheres da mesma família, em parentesco até segundo grau.	Proíbe o uso comercial da gestação de substituição e somente permite a doação temporária de útero entre mulheres da mesma família, em parentesco até segundo grau.
Penalidades	Não estabelece	Estabelece penalidades para todas as ações que proíbe	Estabelece penalidades para todas as ações que proíbe	Estabelece penalidades para todas as ações que proíbe	Estabelece penalidades para todas as ações que proíbe

CSSF Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados

CCSJR Comissão de Constituição, Justiça e Redação da Câmara dos Deputados

CCJ Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania do Senado Federal

PL Projeto de lei

PLS Projeto de Lei do Senado

Fonte : CEFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria Reprodução Humana Assistida ¹