Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

“Quando nasce um bebê, nasce também uma mãe?” –
maternidade e reprodução humana assistida em mulheres
laqueadas

Claudia Valença Fontenele

Tese apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde
Pública para obtenção do título
de Doutor

Área de Concentração: Ciclos
de Vida, Saúde e Sociedade.

Orientadora Prof^a. Dr^a. Ana
Cristina d’Andretta Tanaka

SÃO PAULO
2010

“Quando nasce um bebê, nasce também uma mãe?” –
maternidade e reprodução humana assistida em mulheres
laqueadas

Claudia Valença Fontenele

Tese apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde
Pública para obtenção do título
de Doutor

Área de Concentração: Ciclos
de Vida, Saúde e Sociedade.

Orientadora Prof^a. Dr^a. Ana
Cristina d’Andretta Tanaka

SÃO PAULO
2010

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da Tese.

*Para Ivanete,
que maternou antes e
para Catharina,
que possa ter autonomia em suas escolhas.*

Agradecimentos

Este trabalho foi possível porque, antes, houve encontros: com os clássicos e autores do mundo acadêmico, com as mulheres e suas histórias, com os profissionais do hospital, com os professores, com os amigos que contribuíram com suas “visões de mundo”, com cinema, jornais e revistas semanais que não se furtam de tratar dessa temática de um ou outro modo. Todos estão de modo explícito ou implícito nas linhas e entrelinhas dos capítulos. Além dos encontros, os afetos, apoio e colaboração de muitas pessoas, num período que vai além dessa temporada de doutorado. É sabidamente difícil nomear todas elas, ainda assim sou agradecida pelos bons encontros e pelos bons momentos.

À Ana Cristina Tanaka, pela acolhida, generosidade, por promover autonomia, confiança, pelas orientações que tive nesse doutorado.

À Irllys Barreira, pela disponibilidade, sempre, em contribuir para meu crescimento intelectual e humano.

Ao professor Everardo Nunes e à professora Augusta Alvarenga pela participação e valiosas sugestões desde a banca de qualificação.

À professora Simone Diniz pelas sugestões de leitura e otimismo, assim como pelos intermináveis almoços no Coseas seguido de café com troca de ideias recheadas de consonâncias e divergências.

À Marie Jaisson pela acolhida, carinho, generosidade e confiança, enfim... Pelas orientações que vão muito além dos trabalhos do doutorado.

À professora Celeste Cordeiro que sempre, sempre estava lá. Mesmo nos últimos minutos do segundo tempo...

Às mulheres desse estudo: disponíveis, generosas, cheias de graça e suavidade, tais quais as flores que serviram para nomeá-las.

Aos professores da FSP e ao pessoal da secretaria do departamento: Iara, Leandro e Lívia que, ao que parece, alçou outros novos voos.

Aos colegas que fui encontrando no percurso do doutorado, Carlos Severo, Marcia, Claudia Pedrosa e amizade da Laura Mattar e da Flavia Benevenuto.

Ao Rene Bezian cujo afeto, atenção e carinho vão além, muito além dos encontros que tivemos para aprimorar o francês.

À Sílmiã Sobreira, pela promoção constante de potência.

Às amigas de perto Malu Meireles, Ana Teresa Cruz e Valéria Zanotti que, além das risadas e bons momentos, de um ou outro modo, me deram colo e incentivo nas horas em que a coragem oscilava. E, em especial, à Adriana Domingues, que estava sempre disponível para conversar a respeito da vida, as relações e o tema, levantando questões, sempre num espírito motivador, de cujos encontros eu sempre saía transbordante de potência. E aos amigos de longe, igualmente queridos, Neide Maia, Lucia Magalhães, Elizabeth Pissolato e Marcelo Camurça, Rossana e Claudio Villa Verde, Cristina Moura e Gaspar Leal, Mariana Pinto, pela confiança e palavras de incentivo.

À Cristina Cruz e ao Paulo Cruz pelo abrigo, pratos e carinho.

À Maison du Brésil que me acolheu, onde pude contar com a alegria dos seus moradores e a disponibilidade e afeto do Fred, Jane e George. Assim como a simpatia da Inês e do Ms. Robin.

Ao meu pai em memória, *toujours*.

À minha família pelo encorajamento e torcida, à Solange Valença que quase se afogou comigo em meio a tantos registros e fichas, e especialmente à Carla Botto, fonte de inspiração e coragem. Também agradeço o carinho da família de escolha, Bezian (no Brasil e na França).

Às/aos amigas/os de perto e de longe, que fazem parte direta e indiretamente dessa caminhada.

Ao Hospital Pérola Byington e seus profissionais pela disponibilidade e liberdade de trabalho.

À École Normale Supérieure e ao Centre Maurice Halwachs pelo acolhimento e disponibilidade de livros e material de pesquisa recheados, sempre, de muita atenção.

À Capes e ao Cnpq pelo financiamento dessa pesquisa, em Paris e no Brasil.

RESUMO

Nesta tese analiso os percursos de mulheres laqueadas que desejam revisitar a maternidade com o suporte da reprodução humana assistida, identificando os agentes e as instituições de socialização que foram coadjuvantes em seu processo de decisão. A análise está centrada na compreensão de como é construído o percurso, desde o arrependimento da laqueadura, até a renovação do desejo de maternidade. Partindo da hipótese de que a maternidade e a criança consanguínea ainda são preponderantes na constituição da família, descrevi e analisei esses percursos e suas implicações no jogo da recomposição familiar, uma vez que a revisita à maternidade aparece como desejo seguido de ação, alguns anos após o estabelecimento do segundo leito conjugal. Durante a discussão, surgiram outras questões pertinentes, como a valorização do discurso acerca da origem dos indivíduos e, por consequência, da biologização do social e da “naturalização” dos papéis. O campo de estudo foi composto por mulheres que estão a espera do tratamento de reprodução humana assistida num hospital da rede pública de saúde do Estado de São Paulo. Encontramo-nos, as mulheres e eu, algumas vezes, ora todas juntas, ora individualmente, construindo nesses encontros um tanto de afetividade. Assim, o material foi composto por transcrições do grupo de discussão, das entrevistas e das anotações do diário de campo. A reprodução humana assistida se espalha, nos dias atuais, determinando o primado da biologia, da ciência que pode proporcionar a quem busca, a possibilidade de um bebê cuja fonte de material genético é segura, certa, gene do seu gene. E essa biologização do social traz, em seu bojo, outra questão subliminar, pois ao se submeter ao tratamento de reprodução humana assistida, a mulher perpetua e garante o ideal familiar, fundo de tela de sua própria educação: uma só mãe, um só pai, em resumo, uma única e indubitável origem. Há um discurso de revalorização da gravidez, evento biológico e biográfico por excelência. Seria importante que as mulheres que fizeram parte desse estudo, e tantas outras espalhadas por esse país, fossem mais bem informadas (sobre procedimentos contraceptivos, laqueadura, riscos, reprodução humana assistida, efeitos colaterais e possibilidades de sucesso, entre outros) para, de posse desses conhecimentos, fazer suas escolhas. Com autonomia.

Descritores: Esterilização Tubária. Mãe. Família. Casamento. Técnicas Reprodutivas Assistidas. Bourdieu. Saúde Pública.

ABSTRACT

In this thesis I analyze the trajectories of sterilized women who wish to have a new experience of maternity by means of assisted human reproduction, identifying the agents and socializing institutions which contributed to the decision taken. The analysis focuses on the understanding of how the trajectory is constructed, from the repentance of the original sterilization through to the renewal of the desire for maternity. On the basis of the hypothesis that maternity and the blood relationship are still preponderant in the constitution of the family, the author has described and analyzed these trajectories and their implications in the act of the reconstruction of the family, seeing that the return to the renewed experience of maternity arises as a desire followed by action, some years after the establishment of the second marital relationship. During the discussions with the women involved, other relevant questions such as the greater value attributed to the discourse on the origin of individuals and, in consequence, of the biologization of the social dimension and of the “naturalization” of the roles involved, arose. The field of study consisted of women who were awaiting assisted human reproduction treatment at a hospital of the public health network of the State of São Paulo. We, the women concerned and the author, met on several occasions: sometimes all together, at others, individually, by means of these contacts building up a certain affection. Thus the material was composed of the transcriptions of the discussion group, of the interviews and of the notes made in the field diary. Assisted human reproduction is, nowadays, becoming widespread, determining the primacy of biology, of the science which can provide whoever seeks it with the possibility of having a baby the source of whose genetic material is safe, certain, genes of one’s genes. And this biologization of the social dimension brings with it another subliminal question, because in undergoing assisted human reproduction treatment, the woman concerned perpetuates and guarantees the family ideal, the background of her own upbringing: only one mother, only one father, in brief: one only and undoubted origin. There is a discourse of the renewed value of pregnancy, a biological and biographical event *par excellence*. It is important that the women who participated in this study, and as many others scattered throughout this country, should be better informed (about contraceptive procedures, sterilization, risks, assisted human reproduction, its collateral effects and the possibilities of success, among other things) so that, once in possession of this knowledge, they might make their choices – unconstrained.

Keywords: Sterilization, Tubal. Mother. Family. Marriage. Reproductive Techniques, Assisted. Bourdieu. Public Health.

RÉSUMÉ

Dans cette thèse j'analyse les parcours des femmes stérilisées qui désirent revivre la maternité avec le support de la procréation médicalement assistée, en identifiant les agents et les institutions de socialisation qui coopèrent dans un cadre de prise de décisions. L'analyse se concentre sur la compréhension de la forme comme est construit le parcours, depuis le regret de la stérilisation, jusqu'à la rénovation du désir de la maternité. En partant de l'hypothèse que la maternité et l'enfant consanguin sont encore prépondérants dans la constitution de la famille, j'ai décrit et analysé ces parcours et leurs implications dans l'enjeu de la recomposition familiale, une fois que revivre la maternité apparaît comme un désir suivi de l'action, quelques années après la réalisation du second mariage. Pendant la discussion ont surgit d'autres questions pertinentes, comme la valorisation du discours au sujet de l'origine des individus et, par conséquent, de la biologisation du social et la "naturalisation" des rôles sociaux. Le champs d'étude était composé de femmes qui sont en attente du traitement de procréation médicalement assistée dans un hôpital du réseau de santé publique de l'État de São Paulo, Brésil. Nous nous sommes rencontrées, plusieurs fois, les femmes et moi. Soit toutes ensemble, soit individuellement, construisant au cours de ces rencontres une certaine affectivité. Ainsi, le matériel fut composé à partir des transcriptions des discussions du groupe, des entretiens et des prises de notes du journal de champs. La procréation médicalement assistée se dissémine actuellement, déterminant le primat de la biologie, de la science qui peut offrir à ceux qui cherchent, la possibilité d'avoir un bébé dont la source du matériel génétique est sûre, gène de son gène. Et cette biologisation du social apporte, avec elle, une autre question subliminale, puisque en se soumettant au traitement de procréation médicalement assistée, la femme perpétue et garantit l'idéal familial, fond de toile de sa propre éducation: une seule mère, un seul père, en résumé, une unique et indubitable origine. Il y a un discours de la revalorisation de la grossesse, événement biologique et biographique par excellence. Il serait important que les femmes qui ont fait partie de cette étude et bien d'autres dispersées dans le pays, soient mieux renseignées et instruites (sur la contraception, la stérilisation, les risques, la procréation médicalement assistée, les effets collatéraux et les possibilités de succès, entre autres) pour, en connaissance de cause, faire leur choix. En toute autonomie.

Descripteurs : Stérilisation. Mères. Famille. Mariage. PMA. Bourdieu. Santé Publique.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
2.	HIPÓTESE E OBJETIVO	17
2.1	Hipótese	17
2.2	Objetivo	17
3.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	18
3.1.1	Desenho do estudo	18
3.1.2	Local de Estudo e Sujeitos da Pesquisa	18
3.1.3	Seleção das participantes	18
3.1.4	Coleta de Dados	19
3.2	Caracterização do ambulatório de atendimento às mulheres que precisam se submeter ao tratamento de Reprodução Humana Assistida	21
3.3	Aspectos éticos	22
4.	BREVE PASSEIO ENTRE FLORES DE UM JARDIM...	24
5.	CASAMENTO	34
5.1	Concubinagens	41
5.2	Amancebamentos	44
5.3	Sobre divórcio, separação e “largar”	48
6.	FAMÍLIA	55
6.1	Escarafunchando os meandros da família	55
6.2	Família: reguladora da sexualidade?	56
6.3	<i>Família, família...</i>	57
6.4	De um lugar para o outro: a casa	63
6.5	<i>“Agora estamos prontos...”</i> : constituindo uma nova família	66
6.6	<i>Os meus e o nosso</i> : recomposição familiar e a <i>nova</i> família	71
6.7	<i>Nova</i> família	73
6.8	<i>Nova</i> família, <i>novos</i> arranjos: os padrastos “quase-pais”	76
6.9	Na esteira da economia da <i>nova</i> família: novos/velhos dilemas	83
6.10	Os filhos do outro: como se fosse um pai	84
7.	LAQUEADURA	87
7.1	Laqueadura, arrependimentos e esperança: quando o que parecia provisório é, na verdade, definitivo	87
7.2	Laqueadura e <i>habitus</i>	96

7.3	<i>“O fio cirúrgico da laqueadura é tão pesado!”</i>	99
8.	REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA	106
8.1	Entre mitos e lendas: as tentativas de compreensão da concepção	106
8.2	Sai a mágica, entra o saber: a ciência e a busca pelo conhecimento verdadeiro	108
8.3.	Reprodução Humana Assistida: Brasil	112
8.4	Endereço da <i>última chance</i> : região central de São Paulo	115
8.5	Encontro com as mulheres esterilizadas	117
8.6.	<i>“Você pega um negócio lá e coloca no negócio lá e depois quando ele tiver, assim, já produzido ele vem”</i> – os conhecimentos acerca da RHA	119
8.7.	<i>“Um bebê de proveta e outro e outro...”</i>	125
9.	MATERNIDADE	130
9.1	Maternidade ocidental: no início eram as deusas	130
9.2	A influência da Igreja e do pensamento cristão: os filhos de Eva	131
9.3.	<i>Métier</i> de mulher: o corpo feminino	134
9.4	Criança	136
9.5	Maternidades	145
9.6.	Revisitar a maternidade	153
10.	REFLEXÕES E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS: duplo aspecto das discussões acerca da maternidade - o social e o tecnológico	162
10.1.	O social: a discussão entre o “natural” o “cultural”	162
10.2.	O tecnológico: a ciência e a natureza	165
11.	REFERÊNCIAS	172
12.	ANEXOS	181

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

*“Desde um tempo antigo até hoje,
quando um homem segura minha mão,
saltam duas lembranças guarnecendo
a secreta alegria do meu sangue:
a bacia da mulher é mais larga que a do homem,
em função da maternidade (...)”¹*

Compartilhando meu interesse pelo tema...

Tarde dessas que vai longe à lembrança, numa roda de conversa com amigas das mais diversas idades, uma delas disse que não iria ter crianças em sua vida, que preferia criar cachorros. Na época, tínhamos o frescor dos vinte e tantos anos (meados da década de 1990), saindo da graduação, e a afirmação dessa amiga chocou a todas nós: *“Como assim, não queria ter um bebê?!?”*

O questionamento era feito em tom de acusação: o que poderia levar uma jovem saudável, em princípio, a negar a maternidade? Afinal, não era esse o desejo de “toda” mulher? Não era essa, para além de espiritual, nossa missão social?

Avançando no tempo, outro momento marcante: uma pessoa da minha família, disposta a ter uma gravidez obstinadamente. Frente a batalhas e derrotas, sucedidas uma pela outra, ela lutava, incansavelmente: o desejo da maternidade a fazia renascer das cinzas de cada fracasso, tal qual descrito na história da Fênix.

Uma terceira e última história: escutei o relato de uma vizinha que buscava as novas tecnologias reprodutivas, pois sendo divorciada e mãe de duas crianças, fez uma laqueadura logo após o nascimento do segundo filho. Porém, dez anos depois se via novamente construindo outro lar, nova família e pressionada a voltar novamente à gravidez, pois o atual companheiro não tinha filhos, portanto...

¹ Adélia Prado – “*Gênero*”; Poesia reunida Editora Siciliano, 1991, p.180.

As três cenas, ainda que pareçam díspares entre si, são permeadas pelas mesmas questões: casamento, maternidade, família e, acrescentaria, em relação ao terceiro exemplo, as novas tecnologias reprodutivas. Sendo escolhida, desejada ou não, a maternidade é um assunto que ronda o universo feminino, as mulheres de distintas situações econômicas, educacionais, sociais ou culturais.

Iniciei a apresentação dessa pesquisa com essas cenas, bastante corriqueiras e cotidianas, pelo conteúdo das falas, eivadas de construções culturais acerca de família, casamento, maternidade, introduzindo as questões que foram analisadas no decorrer desse trabalho. Aqui, proponho descrever e analisar as trajetórias de revisitação da maternidade por mulheres laqueadas que buscam nova gravidez por meio da reprodução humana assistida (RHA). Pretendo observar como as trajetórias do casamento, composição inicial da primeira família, separação, novo casamento e atualização do desejo de maternidade foram sendo percorridas até os dias atuais. E, no meio desse percurso, como se deu o aparecimento da laqueadura² enquanto procedimento contraceptivo, seus desdobramentos, até esbarrarem no campo árido do arrependimento.

Emergiu dessa análise que o percurso é fragmentado.

Por essa razão, a análise de instituições sociais como o casamento, a família e a recomposição familiar, foi necessária para que o quadro se fizesse mais amplo, para além das correntes explicações do tipo “procurou a RHA pra engravidar porque casou de novo”. O que estaria por trás dessa volta ao desejo de um bebê? O que levou essas mulheres a buscarem a RHA para visitar um lugar teoricamente conhecido, a maternidade?

Os conceitos desenvolvidos por BOURDIEU (2002, 1998, 1996, 1989, 1985, 1979), assim como as reflexões de THÈRY (1998, 1995), KITZINGER (1996) e BADINTER (2005, 1980), foram referências fundamentais, que jogaram luz nas questões levantadas, ampliando a discussão, assim como importantes parceiros na compreensão dos temas que iam surgindo. A noção de *habitus*, assim como a de *campo*, *capital cultural* e *dominação*, entre outras, cada uma delas serviu de base para a compreensão dos movimentos das mulheres, quando analisei suas trajetórias na busca de nova gravidez.

² A pedra no meio do caminho a qual se referia Drummond? Ver: Carlos Drummond de Andrade – “*No meio do caminho*”; Antologia Poética, José Olympio Editora, 1977, p. 186.

O avanço tecnológico como valor social, foi representado através do contato com a RHA. Esse contato com o que há de mais novo em termos de técnicas aplicadas ao campo reprodutivo possui como substrato fundador o laço consanguíneo. Adicione-se a isso o cuidado que a RHA se cerca frente aos seus próprios e propalados avanços científicos, sobretudo no campo da parentalidade. Se num primeiro momento o uso desse aparato tecnológico tinha como público alvo e objetivo-mor apenas casais heterossexuais que buscavam uma descendência, muitas outras possibilidades de parentalidade foram levantadas, como “efeito colateral” imprevisto: se a ideia era dar um “empurrãozinho” aos casais que tinham alguma dificuldade em procriar, a RHA abriu precedente de possibilidade de parentalidade para todos os setores da sociedade que permaneciam fora do escopo da reprodução.

Como se resolveu essa questão? O que foi observado no serviço em que fiz o levantamento do material empírico, por enquanto, foi a criação de outras “diretrizes normativas”: o corpo médico até estaria a disposição para prescrever os tratamentos, mas as normas do hospital diziam que não era possível, portanto... Como diriam os franceses: *ils sont désolés!*³

Há uma retomada da noção de família em moldes ancestrais de organização, que torna a criança consanguínea um valor-chave. Ou nasce com a junção dos sangues, legitimando e perpetuando a ancestralidade, ou o casal perecerá numa zona não reconhecida, fora do estatuto de família. A adoção, antes reconhecida como recurso social à ausência de crianças no lar, pouco a pouco, passa a ocupar um papel secundário nas organizações familiares.

E como é a oferta dessas tecnologias reprodutivas nos serviços públicos? Por que é um problema de saúde pública? Por sua conotação política, no sentido de oferecer o tratamento de RHA, que está na agenda programática de um hospital do setor público de saúde que tem reconhecimento nacional, como é o caso do Pérola Byington. De modo abrangente, esta, é uma instituição autorizada a dirigir intervenções nesse e noutros campos da saúde da mulher, com ações voltadas às necessidades sociais de saúde. Portanto, tem-se aqui uma vinculação direta ao aparelho do Estado na efetivação da atenção à dimensão coletiva como objeto de intervenção.

³ Ou seja, eles sentem muito!

Além disso, a Saúde Pública, enquanto lugar de desenvolvimento e propagação de um saber compõe, com outras ciências do domínio social, para maior entendimento dos eventos relacionados à saúde da população. Buscando paralelamente a melhora dos níveis de saúde dos indivíduos, justamente por meio de ações coletivas, sociais.

O presente trabalho analisa um fenômeno que tem ganhado espaço cada vez mais amplo não apenas nos meios de comunicação, como também na vida dos indivíduos, através das conversas e dos debates (fóruns, *blogs* e associações disputam dia a dia espaços virtuais na internet). A popularização de termos que invadem os repertórios: “*Ih, agora não tem jeito não moça, só se a gente arranjar um de proveta*”⁴ e imaginários, quando se propala a ideia de que o procedimento é simples, rápido e seguro.

Assim, as ações no campo da Saúde Pública sofrem mudanças com as inovações tecnológicas, contexto histórico e valores sociais, sem perder o foco da parceria junto à população no sentido de minimizar danos e dores. Nessa perspectiva, o presente estudo se apresenta como uma via de discussão desse que é um problema de saúde pública na medida em que se tem presenciado uma medicalização sistemática da saúde reprodutiva feminina: seja para colocar sua fertilidade a termo, seja para “trazê-la” de volta.

Acontece que a demanda inflada pelas informações inconsistentes da mídia em geral, provoca um aumento da busca desse tipo de tratamento e não há serviços suficientes que comportem a totalidade dos que desejam, buscam e precisam. Há um efeito cascata: laqueadura – FIV – ansiedade, pela longa espera do tratamento – desdobramentos para outras doenças – etc.

Sabendo que a pesquisa dentro do escopo científico costuma ser pensada como uma dada correspondência entre conceito com o objeto estudado, esclareço que esta tese resulta de

⁴ Do rapaz que me atendeu numa sapataria do bairro onde resido em São Paulo, ao comentar que os cadarços “originais” do tênis que eu procurava, ele não teria mais para vender. No entanto, cadarços outros, para substituir, ele podia oferecer. Achei curioso e perguntei de onde ele tinha tirado esse termo, “de proveta”. Ele riu e disse que não sabia não. Eu insisti, dizendo ser uma expressão diferente, que nunca tinha ouvido, no que imediatamente ele retrucou: “*Ué, na novela tem um homem que tá atrás dum neto de proveta, a senhora nunca viu não?*” E eu confessei que não, mais ainda provoquei: “Tá, mas esse cadarço aí na sua mão, não seria um clone?” E ele, muito esperto, respondeu: “*Não, porque não é branquinho, igualzinho era o da senhora. Esse é mais amareladinho. Mas vai servir direitinho no lugar do outro*”. Numa conotação que tem mais a ver com algo que pode servir de substituto. O velho pode ser jogado fora; o novo a gente pode providenciar pra substituir. Não será original, tampouco, mas serve para ocupar um lugar que já foi preenchido outrora, tal qual a gravidez que as mulheres desse estudo buscam quando chegam ao serviço de RHA. A gestação a ser vivenciada não será em si um evento novo, mas revisitado. E o bebê, apesar de proveta (como elas afirmaram durante os encontros), ao que se destina – elemento que vai garantir o reconhecimento social de família – serve.

um trabalho, porém ultrapassa essa dimensão, ao se constituir numa forma analítica e histórica de ver, pensar e compreender. O conhecimento científico que me foi dada a oportunidade de construir através da análise dos materiais colhidos, exigiu-me um mergulho num universo eivado de subjetividades e condicionado historicamente.

Portanto, houve uma análise da construção de um discurso, permeado de noções históricas, sociais e culturais, localizado, especificamente na cidade de São Paulo, Brasil, mas com ecos muito presentes de localidades outras, sobretudo da região Nordeste.

Perceber por meio de que estratégias discursivas, disciplinarizantes, o conceito de maternidade, tanto quanto o conceito de família, que dela precisa ainda para se justificar frente à sociedade enquanto tal foi analisado com a ajuda do pensamento histórico, social e antropológico ao longo tempo da pesquisa.

A compreensão desses temas foi menos um desejo de busca de verdades, ou de elaboração de códigos mais ou menos compreensíveis e aceitos para o entendimento e estruturação de novas referências, mesmo tendo como base antigos conceitos, no intuito de fornecer certa tranquilidade nesse cenário incerto de sociabilidade que tem se mostrado a todos. O medo do desconhecido – no que é mesmo que vai dar essa busca da RHA? Ou ainda, essas recomposições familiares? Onde vai parar isso tudo? – suscita uma tentação de volta a antigos esquemas, onde todos podiam estar seguros, em seus lugares, sem maiores estremecimentos.

Esse trabalho analisou a maternidade entendida como uma produção cultural e historicamente localizada. Tendo sempre a clareza de que a narrativa das mulheres que fizeram parte desse estudo não foi um simples registro de suas ações, como se fosse possível obter uma linearidade de suas histórias de vida, não obstante, houve um esforço em promover uma articulação entre o momento atual vivido – o desejo de revisitar a maternidade, as memórias e as expectativas de futuro.

Em todos os capítulos, houve a preocupação em oferecer uma contextualização histórica dos temas abordados. Portanto, no primeiro capítulo, além desse referencial, foi discutido o casamento na primeira e segunda etapa da vida das mulheres, a separação e o novo relacionamento. Houve igualmente, uma discussão, acerca das recomposições familiares, tema presente na vida de todas elas e que ajudou a melhor desenhar e compreender o desejo de revisitar a maternidade.

No capítulo seguinte, a família e sua importância foram analisadas sob a perspectiva das mulheres. A composição, localização e reestruturação, assim como as perspectivas futuras. No terceiro capítulo o contato delas com o mundo da laqueadura e seus desdobramentos na vida delas, assim como seus sentimentos frente ao que agora denominam “entrave” de uma vida mais completa e feliz. No quarto capítulo, foi feita uma descrição das técnicas e aspectos referentes à RHA, seus impactos, os conhecimentos em relação aos procedimentos e as expectativas das mulheres frente a essas tecnologias. Por fim, a maternidade foi analisada com o objetivo de compreender a percepção das mulheres junto a esse lugar que elas desejam revisitar.

A imagem da maternidade, da maneira como foi construída ao longo dos tempos, tratando-a como “natural”, imanente, “lugar da mulher”, “instintiva”, evento inescapável, experiência enriquecedora e única, e tantas outras expressões que se possa ouvir, ler ou falar acerca da maternidade, conduz ao âmbito da mistificação. E é preciso cuidado nessa arena: existem interesses que aí circulam e perpassam. Maternidade, apesar do seu passado, sua tradição e memória histórica, ainda precisa conquistar sua autonomia⁵.

⁵ Ver <http://www.dicio.com.br/autonomia/>

HIPÓTESE E OBJETIVO

2. HIPÓTESE E OBJETIVO

2.1 Hipótese

A maternidade e a criança consaguínea ainda representam peças-chave no jogo da composição e recomposição familiar.

2.2 Objetivo

Descrever e analisar as trajetórias da maternidade em mulheres laqueadas que buscam uma nova gravidez por meio da Reprodução Humana Assistida, e o significado atribuído a essa *nova* maternidade.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1.1 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo de metodologia qualitativa que, segundo MINAYO (2000) tem se tornado, atualmente, um método crescentemente utilizado na construção de conhecimentos e interpretações no campo da saúde.

3.1.2 Local de Estudo e Sujeitos da Pesquisa

O estudo foi realizado no Centro de Referência de Saúde da Mulher – CRSM, Hospital Pérola Byington, no ambulatório de Reprodução Humana Assistida. De início foi feito um Grupo de Discussão com mulheres que fizeram laqueadura. Um total de dezesseis mulheres participou do estudo e, dessas, dez foram entrevistadas em profundidade, em mais de um encontro. Todas as mulheres que fizeram parte do estudo tinham em comum o fato de estarem arrependidas de ter feito a esterilização. Todas estavam à espera do tratamento de reprodução humana nesse hospital da rede pública de saúde de São Paulo.

3.1.3 Seleção das participantes

Os critérios de inclusão para participar do estudo foram:

- ✓ Ter feito esterilização; laqueadura tubária
- ✓ Estar inscrita no programa de tratamento pra RHA no Centro de Referência de Saúde da Mulher (CRSM), Hospital Pérola Byington
- ✓ Ter entrado no cadastro e recebido um número de registro no ano de 2007, para iniciar, posteriormente, o protocolo de FIV

Fazer o recorte do ano de 2007 visou contatar mulheres que estavam começando a integrar o protocolo de Reprodução Humana naquele hospital. A ideia era entrar em contato com mulheres que estivessem distantes do momento de início efetivo do tratamento e, portanto, a princípio, menos ansiosas, mais disponíveis para conversar sobre assuntos relacionados a família, laqueadura, casamento e sobre a possibilidade da *nova* maternidade.

3.1.4 Coleta de Dados

Para a coleta de dados foram utilizados dados primários. A pesquisa em fontes primárias tem como base documentos originais, que não foram utilizados em nenhum estudo ou pesquisa, ou seja, foram coletados pela primeira vez pelo pesquisador para a compreensão de um fenômeno social, no caso, no campo da saúde. Nessa pesquisa, especificamente, puderam ser coletados por meio de entrevistas, formulários, grupo de discussão (GD), observação participante com registro em diários de campo, entre outros.

É importante frisar que o registro em diários de campo possibilitou o acesso a informações, reflexões, opiniões e pontos de vista de pessoas que compunham as redes de relações sociais das mulheres do estudo. Portanto, esses registros abrangeram descrições do cotidiano do ambulatório, assim como dos contatos com alguns profissionais que trabalham no setor de Reprodução Humana Assistida do hospital: a equipe de enfermagem, os biólogos, os embriologistas, os psicólogos e os médicos, além das secretárias que recepcionavam as candidatas ao tratamento, por telefone e/ou pessoalmente. Também conversei, aqui e ali, com algumas pacientes que estavam na sala de espera.

Outros dados e informações foram pesquisados em livros, artigos, boletins, internet, revistas especializadas etc. Eles tornaram possível a compreensão das questões levantadas, mas também auxiliaram no entendimento de questões outras que foram se apresentando: o encontro com o campo de estudo se mostrou ainda mais rico e desafiador que de início aparentava ser.

Na presente pesquisa, o método utilizado para obtenção de dados primários foi, primeiramente, a análise dos prontuários para identificação das mulheres que poderiam participar da pesquisa dentro dos critérios estabelecidos. Após esse momento, telefonei para um número total de dezoito mulheres. Dessas, quatorze, confirmaram a presença no Grupo de Discussão e um total de doze mulheres efetivamente dele participou. Foram preenchidos formulários semi-estruturados, com questões fechadas sobre os perfis socioeconômicos, demográficos e reprodutivos.

Esses formulários foram preenchidos antes do GD. As variáveis levantadas no formulário foram naturalidade, idade, escolaridade, ocupação, situação familiar, informações sobre o número de crianças e vida reprodutiva. Também foram levantadas questões sobre o

número de irmãos das mulheres, a escolaridade deles, a profissão e escolaridade dos pais, dos ex-companheiros e dos maridos atuais, uma vez que o tamanho da família pode revelar valores adquiridos em torno da questão da construção familiar. Além disso, a análise da escolaridade e das profissões (no contexto de vida anterior, assim como no atual) ajudou na compreensão de algum gradiente de melhoria da qualidade de vida delas.

Dando continuidade ao GD, foi lido individualmente e em conjunto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁶ (TCLE). Com isso foram narrados novamente o objetivo da pesquisa, as instituições envolvidas e a liberdade das mulheres em abandonar o estudo no momento que se julgasse devido. Todas assinaram e só a partir daí o trabalho com o GD teve início.

A atuação paralela dos maridos foi narrada a partir das percepções delas. Pela delicadeza do tema e pelas dificuldades de abordagem, nesse primeiro momento optou-se por estreitar a relação com as mulheres. Entretanto, buscando uma compreensão mais ampla, sobretudo porque o gênero é uma questão que perpassa o universo social e simbólico de todos os indivíduos, foi questionado às mulheres, como elas percebiam o movimento deles, como eles viam essa busca da nova gravidez, as suas expectativas em relação ao possível nascimento de um bebê consanguíneo. As respostas dadas pelas mulheres serviram de pistas sobre o sentimento de parentalidade/paternidade do marido, uma vez que são reflexos das percepções delas. Reitero que, sendo assim, essas informações foram usadas com maior parcimônia na compreensão do fenômeno como um todo.

Para identificar aspectos relacionados às condições de maternidade e família das mulheres, foram levantadas questões sobre suas percepções pessoais acerca de seus anseios frente ao tratamento, as expectativas, o significado da criança no novo contexto familiar, o apoio dos familiares do casal, entre outros.

Após esse momento inicial e alguns encontros, foram marcadas as entrevistas abertas, que foram conduzidas dentro de uma perspectiva de depoimento pessoal, de conversa longa. Em nossos encontros, explorei os significados/sentimentos de arrependimento da laqueadura, os significados/sentimentos relacionados a uma possibilidade de nova maternidade, os conhecimentos sobre reprodução humana assistida, os conhecimentos sobre cada etapa do tratamento, se havia estranhamentos sobre o fato de ter uma criança fruto de procedimentos

⁶ O modelo do TCLE está em anexo.

tecnológicos, se havia apoio e como ele aparecia no meio familiar do casal, desdobramentos outros caso não seja possível o nascimento da criança e o que o serviço poderia fazer para amenizar a ansiedade frente à espera demorada pelo tratamento.

No tratamento e análise dos dados, pautei-me pelas orientações metodológicas que MINAYO (2000) aponta, sobretudo no sentido da identificação das falas, dos significados de fala das mulheres. Foram feitas e analisadas as transcrições das entrevistas-conversa, afinal, como há muito afirmava HAGUETTE (1987), o reconhecimento de que a realidade social é constituída de microprocessos que, em seu todo configuram as estruturas sociais, atuando e refletindo nas ações sociais individuais, é mister para a construção de um conhecimento.

3.2 Caracterização do ambulatório de atendimento às mulheres que precisam se submeter ao tratamento de Reprodução Humana Assistida

O ambulatório de atendimento aos problemas relacionados à fertilidade teve início em 1990. Trata-se de um serviço de referência, uma vez que é pioneiro no Estado de São Paulo no atendimento a esse tipo de demanda junto às mulheres, com recursos do SUS.

Logo que iniciei a pesquisa, a equipe era composta de dois médicos especialistas em reprodução humana que estavam a frente do grupo que também contava com: um médico especialista em problemas de mioma, dois médicos especialistas em problemas de endometriose, uma médica especialista em ovários policísticos, quatro residentes, uma bióloga auxiliada por uma equipe de dois outros biólogos e quatro estagiários em biologia, um embriologista, duas secretárias e duas enfermeiras, além de duas psicólogas. Todos trabalhavam especificamente no ambulatório de Reprodução Humana Assistida.

E qual o percurso das mulheres para efetivação de uma inscrição junto ao serviço? Na terceira quarta-feira de cada mês, a partir das 8h da manhã, abria-se uma linha telefônica para inscrição das mulheres interessadas em participar do protocolo de atendimento de Reprodução Humana Assistida. Essa forma de agendamento segue o mesmo modo de execução até os dias atuais⁷.

⁷ Até o final do ano de 2010.

Não havia necessidade de ter um encaminhamento médico anterior, de outros serviços: toda anamnese era feita no próprio hospital, assim como os exames de investigação dos problemas específicos de cada casal e futuro diagnóstico. No ato da inscrição, as secretárias anotavam os dados básicos das mulheres, tais como: nome, telefone, endereço e, também, informavam os documentos necessários para fazer o cadastro, assim como o dia agendado para a participação de uma palestra onde a bióloga e a psicóloga informavam como funciona o serviço, os procedimentos, as etapas do tratamento, o tempo médio de espera, os exames necessários, tudo relacionado a saúde reprodutiva. Também, as secretárias já informavam ao telefone que o estado civil era importante, pois o serviço não pode atender mulheres solteiras, apenas as casadas (tendo registro civil ou não). Os casais que desejavam fazer o tratamento após a palestra eram encaminhados para o protocolo da investigação dos problemas relacionados à fertilidade: agendamento de exames clínicos (dosagem hormonal, pesquisa de doenças infecciosas do casal, espermograma, entre outros) para investigar a saúde reprodutiva tanto da mulher, quanto do homem. Também, consultas para posterior diagnóstico e encaminhamento para tratamento específico. O tempo médio de espera para iniciar o tratamento, na época em que a pesquisa foi feita, era de três a quatro anos, com possibilidade de extensão desse prazo. Todo tratamento era – e até o momento continua sendo dessa forma – custeado pelo SUS: exames, consultas e medicamentos aplicados no momento do início e durante todo tratamento.

3.3 Aspectos éticos

Os sujeitos da pesquisa – mulheres laqueadas – assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), através do qual receberam informações sobre a natureza da pesquisa. Com isso, puderam fornecer sua autorização quanto à sua participação no estudo, bem como receberam uma cópia desse documento, do TCLE.

A resolução do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, CNS 196 de 10/10/96 sobre pesquisas com seres humanos expõe que se deve zelar por quatro requisitos básicos: sigilo, riscos e benefícios; voluntariedade e consentimento pós-informado. Nesse projeto tive o compromisso de respeitar fielmente esses preceitos, garantindo o sigilo (não identificando as mulheres, mas fazendo uso de nomes fictícios), voluntariedade e acesso ao TCLE.

Uma vez defendida a tese, serão destruídas todas as anotações das discussões de grupo que possam permitir a identificação das participantes. As fitas gravadas, assim como os cadernos que serviram de diários de campo, serão por mim mantidas em local seguro por cinco anos. Após esse período serão destruídos. Todos os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para o propósito dessa pesquisa.

BREVE PASSEIO ENTRE FLORES DE UM JARDIM...

4. BREVE PASSEIO ENTRE FLORES DE UM JARDIM...

Maria Flor

Nascida em São Paulo, tinha 36 anos à época da pesquisa. Ela teve um primeiro casamento que durou quinze anos e com esse marido teve duas filhas. Nove anos após ter a primeira filha, engravidou novamente e ainda quando estava grávida, decidiu fazer a laqueadura na cesariana, pois a relação conjugal estava ruindo e ela não gostaria de ter uma terceira criança com esse homem que a estava fazendo sofrer. Tinha 27 anos quando entrou no centro cirúrgico pra fazer a laqueadura e de lá saiu aliviada e confusa. Anos depois, ao rever tudo o que foi vivido, avalia que o marido, sim, deveria ter feito vasectomia, que foi uma tolice ela ter sido tão radical a ponto de ter-se deixado levar pelas emoções do momento, de raiva pela vida marital que levava. Passados três anos após ter-se separado, ela conheceu outro homem e com ele se casou. Seis anos e meio depois da cerimônia de casamento, o casal se encontra buscando ajuda para conceber. Portanto, entre a laqueadura e a busca pela reprodução humana assistida (RHA), passaram-se nove anos. Pouco antes de buscar a RHA, ela tentou fazer a reversão da laqueadura, mas foi informada que as condições de suas trompas ficaram muito ruins após o procedimento, logo, era preciso fazer uma fertilização *in vitro* (FIV) para obter uma gravidez. Proveniente de uma família que conta com quatro irmãos e pais ainda casados, ela concluiu o ensino médio e é dona de casa desde que casou.

Rosa

Com 42 anos de idade à época da pesquisa, ela nasceu em Tocantins. Casou jovem e ficou com o primeiro marido por quase quinze anos. Com ele teve duas filhas enquanto era casada e uma terceira, já após a separação: o terceiro evento que ocasionou a gravidez foi cercado de muita violência que culminou não apenas na laqueadura, mas na mudança de endereço e vivência no anonimato por mais de cinco anos. Ela chegou a obter da Justiça permissão para abortar em virtude do ato violento a que fora submetida, mas optou pela continuidade da gravidez e na cesariana foi laqueada. Afirmou que a decisão foi movida pelo medo de ser novamente violentada e engravidar, pois seu marido é conhecido por seu temperamento violento. Quatro anos depois e ainda quando vivia em anonimato, conheceu

seu atual marido, parceiro que foi muito cuidadoso na aproximação, segundo ela. Também oriundo de um casamento desmanchado, ele teve duas crianças com a primeira parceira, no entanto após sucessivas tentativas de obter o direito de visitar os filhos, desistiu frente às dificuldades impostas pela primeira esposa que age como se as crianças pertencessem somente a ela. Rosa além de ter concluído o ensino médio, é telefonista e vem de uma família com histórico cercado de mistérios: sua mãe “sumiu” entre as brumas de uma infância distante e com ela todas as explicações, uma vez que ninguém tocava em seu nome, como se fosse assunto proibido. Tendo sido criada pela avó, ela passou a infância de uma casa para outra, entre avós e tios, mas olha toda essa vivência com ternura e considera que o fato de desejar ser mãe tantas e diversas vezes serve como lugar de vazão para essa maternidade que não foi vivida na infância.

Flora

Nascida em Pernambuco, ela tinha 36 anos à época da pesquisa. Ficou casada durante 10 anos e, ao engravidar pela segunda vez, decidiu fazer laqueadura porque considerou junto ao primeiro marido que duas filhas eram suficientes dentro da perspectiva de família que ambos possuíam. No parto, por volta dos 29 anos, fez a laqueadura. Dois anos depois ficou viúva. Com uma criança pequena, que ainda mamava e com outra um pouco maior, ficou em sua cidade e fechou a casa onde morava para ficar na casa dos pais enquanto passava pelos transtornos da viuvez precoce. Durante esse período de luto e reconstrução da vida, reencontrou um moço que namorou ainda adolescente, mas que não mais morava em sua cidade e vivia em São Paulo havia mais de vinte anos. Do reencontro e das coincidências da vida – ele também fora casado durante 15 anos, mas com uma mulher igualmente laqueada – resolveram se casar. Deixou de morar em Pernambuco e veio residir em São Paulo, deixando suas duas filhas aos cuidados de seus pais. Entre a laqueadura e a busca de RHA se passaram seis anos. Tendo concluído o ensino médio, ela foi aprovada num concurso público e enquanto aguardava o chamado, era dona de casa.

Deise

Com um único filho e num casamento que durava 21 anos à época da pesquisa, nasceu numa cidade do Ceará a 45 anos. Diferentemente da maioria das flores que compõem esse jardim, Deise não está no segundo matrimônio e se considera feliz junto ao marido. O motivo que a fez optar pela laqueadura aos 20 anos de idade foi o diagnóstico equivocado dado pelo

médico que a assistiu logo após o nascimento de seu filho: havia suspeita de hemofilia ou da doença de Von Willebrand, ambas as doenças hereditárias e com prognósticos muito ruins em longo prazo. Diante desse quadro, temendo transmitir essas doenças às futuras crianças que viesse a ter, decidiu fazer laqueadura. E passou por uma longa temporada de cuidados, medos e exames constantes com o intuito de confirmar o diagnóstico para dar tratamento adequado à criança. Entretanto, o tempo e os exames vieram confirmar não uma doença temerosa e hereditária, mas que o menino esbanjava saúde e que não seria necessário nenhum tratamento: estava-se diante um menino saudável e normal. A notícia foi recebida com júbilo e tristeza: o filho era saudável, nada mais havia a temer; por outro lado, agora ela não mais poderia engravidar, nem ter outros bebês. Quando soube do verdadeiro diagnóstico, Deise já estava saindo dos 37 anos. Entre a laqueadura e a busca da RHA se passaram 17 anos. Filha de agricultor e dona de casa e vinda de uma família de dez irmãos, ela não chegou a concluir o ensino fundamental, parando na quarta série. Atualmente exerce a profissão de costureira.

Margarida

Quando tinha 14 anos de idade, ela fugiu com um moço seis anos mais velho. Foram viver o amor e o romance, como ela mesma descreve. Nascida no interior de Maceió, ela abandonou os estudos quando tinha acabado de concluir o ensino fundamental e aos 17 anos já tinha dado à luz a duas crianças, ambas sob sua responsabilidade. Incentivada pela família a partir das desavenças que foram se tornando frequentes entre o casal, aproveitou o período eleitoral de sua cidade e fez laqueadura no ano seguinte, com pouco mais de 18 anos de idade. Foi um evento muito sofrido e doloroso, uma vez que, segundo ela, não houve preparo para o procedimento e o que estava programado para um dia de hospitalização se transformou em quinze. Após a separação, ela saiu da cidade natal, deixou as filhas com os pais e veio para São Paulo trabalhar. Aqui, após vários anos, encontrou outro companheiro com quem está casada há treze anos. Alguns anos após o matrimônio decidiu buscar ajuda para engravidar, portanto entre a laqueadura e a busca por RHA se passaram quinze anos. Chegou a tentar reversão da laqueadura, entretanto descobriu que suas trompas foram extirpadas. Oriunda de uma família de seis irmãos e pais aposentados, ela trabalha como empregada doméstica.

Acácia

Nascida na Bahia e com 36 anos à época da pesquisa, ela foi viver com seu primeiro marido logo que completou 14 anos e, aos 15 nasceu-lhe o primeiro bebê. Passado pouco tempo, novamente grávida, decidiu que faria laqueadura, quando tinha entre 16 e 17 anos. Assim como considerou precoce a decisão de viver em comum, também o foi quando decidiu separar-se do marido, união que durou seis anos. Deixou a cidade que vivia rumo à grande metrópole, ficando os filhos com seus pais. Segundo Acácia, foi um período de muitas necessidades e carências, entre financeiras e afetivas. Sobretudo porque, ao fugir de casa tão jovem, deixou de frequentar a escola e os livros de estudos quando acabara de concluir a quarta série do ensino fundamental. Esse foi um problema ao chegar a São Paulo, pois sem mão de obra especializada, teve dificuldade em encontrar trabalho. Muitos anos após todos esses eventos, conheceu o atual marido, com quem mantém um casamento, segundo ela estável e feliz, há cinco anos. Entre o período da laqueadura e a busca pela RHA se passaram cerca de dezoito anos. Buscou fazer reversão, mas descobriu no processo que suas trompas foram extirpadas, o que causou muito sofrimento, porque nutria forte esperança de engravidar pelas “vias naturais”, sem precisar de intervenção médica. Filha de agricultores e proveniente de uma família de treze irmãos, ela trabalha como garçonete.

Dália

Quando ainda era adolescente, Dália resolveu sair de casa para dar início à vida de casada. Da relação saiu dez anos depois e com dois filhos. Quando tinha entre 25 e 26 anos de idade, resolveu fazer laqueadura, escondida mesmo, pois vivia sob o temperamento acaçapante do companheiro e sob a tensão constante da possibilidade de uma nova gravidez, o que naquele momento não era o que desejava. Logo nos primeiros anos do relacionamento, já tinha a intenção de se separar, porém adiava o projeto em virtude da rigidez familiar frente à possibilidade de ter uma filha “largada”, separada. A mãe, sobretudo, a pressionava no sentido de permanecer no relacionamento, independente da qualidade dele. Com o passar dos anos a situação ficou tão insustentável, quanto as dificuldade de voltar a viver na minúscula casa dos pais. Decidiu sair do interior de Minas Gerais, onde vivam seus pais casados e seus cinco irmãos, e vir para São Paulo tentar encontrar trabalho para sustentar os dois filhos que ficaram com os pais, ela dona de casa, ele um pedreiro. Aqui conheceu o atual marido e, sendo Dália sua primeira esposa, gostaria de com ela ter um bebê. Tentou fazer a reversão da laqueadura,

mas descobriu que as trompas foram extirpadas. Passaram-se treze anos entre a laqueadura e a busca da RHA. Trabalha num hotel enquanto aguarda ser chamada pelo hospital para iniciar o tratamento.

Gardênia

Desde que se lembra, Gardênia sempre foi alvo das surras do pai. Por qualquer motivo, o pai batia nela porque tinha um “gênio difícil”, modo como ela o caracterizou. Por essa razão, quando ele apareceu com um moço para casar com ela, obedeceu de imediato, pois estava mais inclinada a sair de casa do que a viver “um grande amor” propriamente dito. E foi o que fez por volta dos 17 anos de idade. Logo que casou, engravidou e no cotidiano descobriu que o marido tinha um temperamento muito semelhante ao do pai e por este era incentivado em infligir-lhe bofetadas e tapas. Havia uma ideia de que não se podia dar muita liberdade às mulheres que são cheias de artimanhas: ou se domina logo de início ou se está fadado a sofrer. Portanto, passou a sofrer violência do marido também. Inclusive no que diz respeito à condução da vida reprodutiva: logo que teve o primeiro bebê, Gardênia temeu ter novos bebês e buscava prevenir a gravidez com a ingestão de pílulas anticoncepcionais. No entanto, sempre que descobria que a mulher estava evitando gravidez, o marido destruía, ou jogava fora, tantas quantas fossem as cartelas do medicamento que encontrasse pela frente. E ela nada entendia. Quanto engravidou pela segunda vez, já combinou com o médico a laqueadura e, no ano seguinte, separou-se dele. Deixou toda família em Sergipe e, já tendo concluído o ensino médio, fez curso de cabeleireira, profissão que atua e com a qual garantiu o sustento das crianças. Após algum tempo em São Paulo, conheceu o atual marido e, passado algum tempo de casamento, buscou fazer a reversão da laqueadura, porém descobriu que as trompas foram extirpadas, o que a levou, com 38 anos de idade, rumo à RHA.

Hortênsia

Nascida numa família composta por oito irmãos na Bahia, ela tinha 33 anos à época da pesquisa. Mal entrada nos 14 anos de idade, foi viver o que considerava nesse momento da vida seu “grande amor”. No ano seguinte, aos 15 anos, nasceu-lhe a primeira filha. Após o nascimento desse bebê, ela buscou entre familiares e amigas, indicações de pílulas e modos de evitar a gravidez. Os medicamentos de que ela fez uso, segundo seu relato, sempre lhe fizeram muito mal, deixavam-na tonta, com náuseas, dores de cabeça e, entre uma interrupção e outra desses medicamentos, engravidou novamente. Resolveu algum tempo mais tarde, por

volta dos 22 anos, fazer laqueadura. E, na sequência, acabou se separando. Deixou a cidade natal rumo a São Paulo, onde conseguiu emprego e, anos mais tarde, conheceu o atual marido. Ele, que está em seu primeiro casamento, não vivenciou a paternidade, fato que ela considera fundamental na vida de um homem. Diante disso, ela tentou fazer a reversão da laqueadura, mas foi informada pelo médico que o que restou das trompas era muito pouco, não possibilitando a reanastomose. Assim sendo, ela buscou a RHA, onze anos após a laqueadura.

Íris

Quando saiu de casa, com 13 anos de idade, Íris não imaginava que sua vida passaria por tantas mudanças em tão pouco tempo: teve três bebês com intervalo de um ano entre cada um deles e, aos 19 anos de idade, já estava laqueada, pois não tinha condições de ter mais crianças. Além disso, passar por partos cesareanos, afora um parto normal com fórceps, foi demasiado traumático, segundo ela. Não queria mais reviver nenhuma das duas experiências novamente e, insistentemente incentivada pela mãe, a laqueadura pareceu ser o único caminho: rápido, eficaz e seguro. Pouco tempo depois, separou-se do primeiro marido, e ainda ficou algum tempo na Bahia. Concluiu o ensino médio e achou que vir para São Paulo seria bom profissionalmente, pois poderia dar melhores condições de vida aos filhos que, num primeiro momento, ficaram com os pais, mas algum tempo depois vieram para São Paulo viver com ela, já estabilizada financeiramente como cabeleireira. Sempre que pode, viaja para sua cidade natal para rever os pais, agricultores aposentados, e ter notícias dos seis irmãos. Há cinco anos conheceu o atual marido, sendo esse o primeiro casamento dele. Passados alguns anos, resolveu buscar ajuda para fazer a reversão da laqueadura. Esse momento da narrativa é sempre dramático, ela não consegue evitar o choro, porque relembra o modo agressivo e pouco delicado em que o médico avisou que a reversão não seria possível: *“Manda pra FIV. Manda pra FIV que não tem nada mesmo!”* Esse “não ter nada mesmo” soa em seus ouvidos como se ela fosse “oca”, “vazia”. E esses estados, ao menos simbolicamente, são insuportavelmente dolorosos para ela que, entre a laqueadura e a busca pela RHA, viu passar quatorze anos.

Jasmim

Após um casamento que durou dezoito anos, Jasmim conseguiu separar-se do marido quando a violência, que era cotidiana em casa, estava perto da tragédia: a mistura de álcool e casamento pode ter desdobramentos trágicos, segundo ela. Mas, aos 15 anos de idade, com muitos sonhos e pouco estudo, pois abandonou a escola sem concluir a quarta série do ensino fundamental, o casamento parecia ser uma boa escolha. Com esse marido veio para São Paulo e aqui teve seis crianças, sendo que duas delas faleceram. Após as sucessivas gestações, decidiu fazer laqueadura quando contava 22 anos de idade: aproveitou o período eleitoral em sua cidade natal e para lá partiu com intenção de se esterilizar sem o conhecimento do marido. Foi o que fez e ainda permaneceu casada por mais alguns anos até um evento de tentativa de estupro da filha mais velha. Separou-se e, cerca de três anos depois, conheceu o atual marido com quem está casada há cinco anos. A ideia de reversão da laqueadura surgiu pouco tempo depois, mas após dezoito anos de laqueadura o médico a aconselhou buscar a RHA.

Perpétua

Aos 17 anos de idade, perto de concluir o ensino médio, ela se casou com um moço que acreditava gostar muito, mas cujas humilhações a que foi exposta nos cinco anos de relacionamento minaram todo sentimento existente. Aos 22 anos teve o primeiro bebê e aos 23 anos de idade resolveu fazer laqueadura. Até hoje não consegue explicar o porquê da atitude, pois até mentir para o corpo médico, na época, ela mentiu para ter acesso ao procedimento cirúrgico. Veio para São Paulo em busca de trabalho e, pouco tempo após a laqueadura, dava início ao namoro que culminaria no casamento atual que já dura doze anos. Passados três anos de casamento, o marido começou a pressioná-la no sentido de vivenciar seu desejo de ser pai, mesmo sabendo da laqueadura dela antes do casamento. Num primeiro momento, ela achou que fosse um entusiasmo passageiro e não deu importância aos apelos dele. Entretanto, a pressão cresceu com o passar dos anos e ela se viu buscando ajuda médica para fazer a reversão da laqueadura, mas descobriu que suas trompas foram extirpadas e que o único procedimento cabível para obtenção da gravidez seria RHA. Proveniente de uma família que conta com vinte e cinco irmãos, ela hoje se ressentida de ter tido apenas uma criança, que hoje é adolescente, e diz que vai lutar enquanto for possível para engravidar e revivenciar a maternidade.

Magnólia

Casada há seis anos com o atual marido, ela já teve outro relacionamento: por volta dos 16 anos de idade ela conheceu o primeiro companheiro. Com ele viveu cerca de seis anos e teve dois bebês. Quando engravidou pela segunda vez, sabia que a relação estava desgastada, e imaginou que fazer a laqueadura fosse bom para o momento. Com 22 anos fez a ligadura de trompas e no ano seguinte se separou. Como já tinha concluído o ensino médio, imaginou que conseguiria uma boa colocação no mercado de trabalho em São Paulo e para cá veio, deixando as crianças com os pais, uma costureira e um agricultor, na Bahia, convivendo também com os cinco tios. No ano seguinte, as crianças vieram viver com ela que, pouco tempo depois, conheceu o atual marido. Eles decidiram se casar e, três anos após ter feito a laqueadura, buscou a reversão, mas não foi possível porque o estado das trompas era muito ruim, estavam muito obstruídas, e o caminho rumo a uma gestação teria que passar pela RHA.

Violeta

Violeta teve poucos namorados antes de conhecer o atual marido pouco antes dos 20 anos, tendo casado com ele na sequência, perfazendo dezoito anos de casados. Ela nasceu em Pernambuco, mas veio mocinha para São Paulo e aqui o conheceu. Em virtude da preguiça, aliada ao pouco gosto pelos estudos, ela deixou de frequentar a escola depois que concluiu a quarta série do ensino fundamental. Desde que casou, teve três bebês e, dos três, apenas uma vive. Um morreu alguns meses após o nascimento, ela suspeita que o menino tinha hidrocefalia, mas não tem certeza e não lembra mais o que os médicos disseram na época que o menino foi a óbito. A outra criança era um menino, nasceu sadio, de cesariana e, desse parto, Violeta saiu laqueada sem ter sido consultada. O marido, junto ao médico, acertou a cirurgia e os valores pagos pelo procedimento. Quando acordou, o médico a informou da laqueadura: o marido pagara e assinara o documento se responsabilizando pela autorização do procedimento. Ela ficou zangada na época, mas aquiesceu com o passar do tempo, ocupada que estava em cuidar e educar o menino mais novo. Este viveu saudável até o dia trágico em que foi atropelado numa grande avenida perto de sua casa, ocasião em que ele estava junto à mãe, sendo que ela sobreviveu, ele não. Esse evento é emblemático na vida de Violeta, que passou anos sem analisar melhor a emoção de uma experiência tão impactante. Chegou a iniciar um tratamento psiquiátrico, mas abandonou, pois sentia que os remédios não curavam a dor, apenas a deixavam dopada e sonolenta. Nesse meio tempo, viu num programa de

televisão que seria possível engravidar com a ajuda da RHA. Desde então, à revelia da família, busca ajuda para ter outro bebê.

Petúnia

Quando tinha entre 13 e 14 anos de idade, ela engravidou, e por isso abandonou os estudos quando estava na sexta série do ensino fundamental. Ainda namorava o rapaz, quando “ficou de barriga”. O moço fugiu, sumiu da Bahia. Quando ainda estava grávida, conheceu o primeiro marido que chegou a se oferecer para registrar o bebê, pois poderia assumir a paternidade sem problemas. Sendo a família dele contra essa atitude, logo que o bebê nasceu, ela ainda com 14 anos, os pais dela registraram a criança como sua, sendo, portanto, “irmã” de Petúnia, que foi viver com o moço que queria casar com ela. Menos de um ano depois do início da coabitação, ela engravidou novamente, mas dessa vez ela, que contava 16 anos de idade quando entrou no cartório, pôde registrar o bebê no nome do pai, que tinha trinta e poucos anos, e no seu próprio. Três anos depois, ela separou e voltou para a casa dos pais, alegando ser o marido excessivamente ciumento e o fato de ficar presa em casa o tempo todo. Por ocasião desse retorno à casa dos pais, teve uma longa conversa com o pai que a pressionou a fazer uma laqueadura, pois eles não teriam condições de arcar com o ônus de nova gravidez. Assim, aos 19 anos de idade ela fez a laqueadura. Tendo seus filhos ficado com seus pais, ela veio para São Paulo tentar encontrar melhores condições de trabalho, decidida a viver sozinha, estando à época muito decepcionada com os relacionamentos afetivos. Ficou anos sem namorar, até que conheceu o atual marido, quando estava perto de completar 25 anos de idade. Casaram e, após alguns anos, eles começaram a falar na possibilidade de fazer a reversão da laqueadura, mas Petúnia descobriu que suas trompas estão em péssimo estado após esses quatorze anos de esterilização, sendo a RHA o único caminho possível.

Camélia

Nascida no Mato Grosso do Sul, numa família de cinco filhos, Camélia casou muito jovem, por volta dos 16 anos, e três meses depois já tinha engravidado pela primeira vez. Entre a primeira e a segunda gravidez tentou tomar alguns medicamentos, no sentido de fazer

uma contracepção mais segura que o simples coito interrompido, prática comum na sua juventude. Entretanto, tinha muitos problemas, sentia mal-estar e náuseas. Ela então buscou ajuda médica e colocou o DIU que, infelizmente, ficou mal colocado ou o organismo dela o rejeitou, ela não soube precisar esse fato, mas foi assim, entre uma e outra interrupção na busca de contracepção, que ela engravidou pela segunda vez. Como já contava 21 anos de idade, próxima dos 22, convenceu o médico a fazer a laqueadura durante a segunda cesárea. Foi nessa época que sentiu um pouco mais de liberdade em relação à tensão constante de poder engravidar do marido num casamento que já andava ruim. Esse casamento era difícil desde o começo, pois o marido era violento, dado a manifestações intempestivas de agressão, fato que ela tinha muita dificuldade de administrar. Algum tempo depois, eles mudaram do Mato Grosso do Sul para o interior de São Paulo: ele trabalhando, ela finalizando os estudos e cuidado dos dois filhos. Essa mudança de domicílio representou um agravamento da situação nos ataques de violência do marido: ele ficou ainda mais “nervoso” e a relação foi migrando para o insustentável. Foi aconselhada pela mãe dona de casa e pelo pai agricultor, a ter um pouco mais de paciência, pois mudar de cidade é sempre difícil. Entretanto, por ocasião de uma explosão de raiva mais intensa do marido, ela foi espancada e buscou ajuda numa delegacia da mulher. Dessa forma se deu a separação, ficando ela com a responsabilidade de educar dois filhos que entravam na adolescência. Segundo ela, a qualidade de vida dela e dos filhos melhorou muito, ela conseguiu um trabalho e em pouco tempo veio para a cidade de São Paulo. Após alguns anos, conheceu o segundo marido, pouco mais novo que ela e sem experiência de paternidade. Quando percebeu que havia nele um desejo de ser pai, voltou a Mato Grosso do Sul e procurou o médico que fez a laqueadura para fazer a reversão, mas uma das trompas estava irremediavelmente obstruída e a outra muito danificada. Ela foi aconselhada a buscar a RHA.

CASAMENTO

5. CASAMENTO

Casamento: ritual, obrigação social e amor

*“Se alguém souber de algo que impeça esse casamento
Que fale agora ou para sempre cale-se!”⁸*

O casamento é parte de um complexo institucional que é a família. É uma instituição homossexual⁹ que tem reflexos, na sociedade, no *status* e na formação dos domicílios. A maior parte das culturas tem na cerimônia do casamento, um importante rito de passagem.

E o casamento, tal qual se encontra disposto no imaginário de grande parcela da sociedade ocidental, representa apenas um dos muitos arranjos de relacionamentos existentes nas diversas sociedades espalhadas pelo globo terrestre. E essas formas outras de união foram exaustivamente estudadas pelos clássicos da antropologia desde Malinowsky, passando por Margareth Mead e Claude Lévi-Strauss¹⁰, apenas para citar alguns deles.

Desde então, conceituar casamento tem se tornado tarefa difícil. Exemplo disso é a definição que pode ser encontrada na sexta edição do *Notes and queries in Anthropology*, de 1951 onde, em resumo, define-se casamento como uma união entre uma mulher e um homem realizada de modo a que os filhos nascidos da mulher sejam reconhecidos como filhos legítimos do casal.

Não apenas na civilização ocidental, mas mesmo em outras, algumas tidas como “primitivas”, vasto material etnográfico que foi e tem sido produzido, mostra como a diversidade que gira em torno do casamento é grande em termos de organização social. Como ocorre, por exemplo, entre os Arapesh, população habitante da Oceania e que foi alvo da pesquisa de MEAD¹¹. Este grupo pressupõe a monogamia, porém permite a poliginia; ou entre os Mundugumor, onde os casamentos têm início de modo violento, se vistos com outros olhares, como o ocidental, por apresentar cenas de luta corporal e posse muitas vezes não consentida. Ou ainda, no hinduísmo, onde o casamento é uma obrigação religiosa e um laço

⁸ “*Pare o casamento*”, letra: Arthur Resnick e Kenny Young, Kid Abelha, cd: Coleção Kid Abelha, 2000.

⁹ Ver THERBORN (2006).

¹⁰ MEAD (1988); LÉVI-STRAUSS (2002).

¹¹ MEAD (1988).

sagrado, indissolúvel mesmo após a morte. A viúva hindu está socialmente morta e em perpétuo estado de luto. Em outras populações, por outro lado, o casamento é visto como um contrato mundano e dissolúvel, muito embora governado por regras bastante rigorosas e severas, como é o caso das sociedades regidas pelo islamismo ou confucionismo.

Um elemento do casamento que se encontra de modo relativamente uniforme, nas diversas culturas, é a maneira que se apresenta de modo majoritário: uma mulher que se une a um homem, biológica e sociologicamente definidos como tal. Logo, o casamento reafirma as posições dos indivíduos dentro de uma estrutura, social, mas de gênero também. Essa estrutura de gênero é de uma só vez, assimétrica, pois mulheres e homens são pensados e vistos de modo diferenciado pela sociedade em seus papéis e representações, e complementar, no conjunto de ambas as atribuições. Nessa perspectiva e pensando na questão da descendência, a maternidade é um evento tido como sempre certo para a mulher: uma vez que passa pelo parto, a criança é de fato descendente da mulher; de modo diferente, a paternidade é uma realidade produzida pelo casamento e através do controle social da fecundidade da mulher. Esse era o painel dos comportamentos reprodutivos das sociedades de um modo geral. Pelo menos era assim até o advento da reprodução humana assistida e suas novas tecnologias de reprodução.

E um bom exemplo da importância do controle da fecundidade da mulher pode ser visto em SARACENO (1992): na cultura tradicional japonesa, assim como em várias tribos africanas, um casamento só é efetivamente consumado quando a mulher se torna mãe. Caso não venha a ter bebês durante certo tempo de união, a mulher pode ser devolvida para a família de origem e, mesmo, repudiada por seus parentes. Portanto, o casamento enquanto instituição social se apresenta como lugar de produção de uma filiação legítima. É o fulcro de qualquer organização social, pois articula em si, elementos importantes como a exogamia na construção de uma sociedade mais forte, a proibição do incesto¹² e a subdivisão sexual das tarefas, tanto no âmbito privado quanto fora dele. É por essa razão que o casamento enquanto fenômeno de investigação social é tão importante e não cessa de agregar novos aspectos a serem explorados no campo da pesquisa e estudos sobre parentela.

O casamento sempre foi arena de intensa regulamentação e, por essa mesma razão, de conflitos de competências e de autoridade entre as famílias, a Igreja, os indivíduos e o Estado.

¹² HÉRITIER (1994).

Sendo que nessa equação, os indivíduos sempre tiveram o papel secundário, de objetos dos conflitos. SARACENO (1992) afirma que durante muito tempo os indivíduos foram objetos das regulamentações e conflitos entre as instituições, preocupadas ora com o patrimônio, ora com a regulação social. Essa autora afirma que na Europa do século XII o controle normativo extrafamiliar passa do Império (legislação civil) para a Igreja. Nesse período tem início o debate acerca da sacralidade do casamento que após muitas controvérsias terá valor positivo com o Concílio de Trento, onde um documento foi elaborado com normas em contraposição aos ideais que estavam sendo propagados entre a população pelos teólogos da Reforma Protestante. Essa intervenção da Igreja na regulamentação do casamento é complexa, mas é igualmente muito importante para a definição e estabilização da forma matrimonial ocidental, mesmo a que se dá fora da esfera católica.

Durante muitos séculos, antes dessa intervenção da Igreja, o casamento era um contrato entre duas partes e, segundo ALMEIDA (1992), onde a noiva era o veículo de circulação do patrimônio. O casamento era, assim, uma cerimônia privada envolvendo duas famílias e sendo rompido quando as partes desejassem. Essa ruptura se dava, sobretudo em virtude da infecundidade atribuída à mulher. No entanto, haviam rupturas outras, generalizadas e foi nessa arena que a Igreja lutou pela imposição do casamento indissolúvel. Por um lado, a Igreja sustentava a plena validade e suficiência do consenso entre os esposos para que o casamento pudesse se realizar e se tornar legítimo. Por outro, provocava certa desestabilização nos modos de casamento onde as alianças de formações familiares eram baseadas na salvaguarda ou ampliação de patrimônio, pois a autorização implícita de uniões matrimoniais pela Igreja podia escapar ao controle das famílias. Posteriormente, após um período de desestabilização, a Igreja iria se unir às famílias. Mas a ideia e valorização do consentimento dos nubentes permaneceu.

Paralelamente a esse fato, o Concílio de Trento propiciou ainda o estabelecimento da indissolubilidade do casamento, onde o sacerdote aparecia com um gradiente cada vez maior e frequente, como a autoridade que “faz” o casamento. Em outras palavras, para além do fato de fazer os ritos sacramentais relativos à união dos noivos, o sacerdote transformava pouco a pouco o livre consenso num ato não reversível. O casamento passou a ser indissolúvel. Como diz SARACENO (1992), o rito matrimonial passou a ser mais importante que a própria expressão do consentimento de ambas as partes. Agregava-se a isso, outro elemento: a obrigação dos proclamas, estabelecendo um prazo entre o anúncio e a realização da cerimônia

de casamento, para que a comunidade possa controlar, junto a Igreja, os possíveis impedimentos ou entraves (uniões com pessoas já comprometidas, entre pessoas com grau muito aproximado de parentesco, entre crianças e adultos etc.). A escolha do casal saía da esfera meramente privada e se tornava um ato cada vez mais público.

Essa obrigatoriedade de um ritual religioso e não mais uma simples benção do sacerdote, como ocorria antes, junto à publicização do ritual, legitimaram a constituição de um instrumento que seria válido para todas as classes, inclusive as subalternas, sedimentando um quadro institucional e normativo, que iria, posteriormente, servir de modelo a ser adotado com a chegada dos estados nacionais. Estes, na busca de substituir a Igreja na regulamentação do casamento, fizeram prevalecer os aspectos relacionados à contratualidade, a importância civil do casamento em termos patrimoniais e também em termos hereditários. E tal processo chegará ao ápice com a instauração do Código Civil napoleônico que influenciou os códigos de grande parte das nações européias¹³.

Assim os séculos, XIX e XX, são perpassados com a perspectiva do casamento baseado no amor romântico. E é nessa mesma época, em 1890, que no Brasil o casamento civil passou a ser obrigatório, também com objetivos demográficos: para além da benção católica, havia a necessidade de se ter um registro civil do enlace matrimonial. Nesse contexto, a ideologia do amor como central na base do casamento representava, historicamente, uma dimensão sentimental que poderia estar presente em qualquer sociedade. A forma como cada sociedade lidou, ver a presença do amor nas uniões matrimoniais, seria determinada pelo grau de aceitação culturalmente constituído. Por exemplo, nas sociedades tradicionais, o amor era visto como potencialmente destruidor das estratégias familiares: o sentimento podia mascarar questões mais importantes como a longevidade do enlace, a harmonia do lar e a perda de patrimônio (como casamentos entre nubentes muito desiguais do ponto de vista econômico). Por outro lado, nas sociedades ocidentais mais contemporâneas, era justamente a falta de amor no enlace que era visto com estranhamento: os indivíduos foram socializados de modo a se apaixonarem e a se deixarem levar pelo sentimento do amor no momento na escolha do cônjuge. O controle por parte da família, nesse caso, se dava de modo indireto: através da escolha dos ambientes frequentados pelos filhos, onde estes

¹³ “Com ele [o Código Civil], o casamento, contrato entre indivíduos livres, é antes, um contrato patrimonial, que funda uma hierarquia precisa entre os sexos, em nome, precisamente, da unidade patrimonial da nova família, com base no novo valor atribuído ao indivíduo – homem proprietário” (SARACENO, 1992, p. 88).

poderiam encontrar parceiros de modo “casual”, mas que eram seus semelhantes em termos de pertencimento social.

O casamento baseado no amor, suplantando o chamado “casamento arranjado”, assim como a liberdade sobre os direitos de parentesco se sobrepondo à herança, são aspectos considerados definidores da família ocidental, que fazem parte de um conjunto ao qual a Igreja assegura sua posição de força: espiritual, mas também temporal.

Outro aspecto importante dessa perspectiva da ideologia do amor no casamento é a legitimação de uma possível separação futura, caso o amor acabe. Saindo da indissolubilidade do casamento de outrora, os casais que se apaixonaram e estabeleceram uma união a partir desse sentimento, são livres para anunciar o fim do sentimento e, por consequência, a legitimidade do pedido de término do enlace matrimonial por não haver mais o sentimento que sedimentava a relação.

Todas essas afirmações são perpassadas por modelos que não obstante serem genéricos e padronizados, influenciando o comportamento de todas as classes sociais, são passíveis de apropriações diferenciadas historicamente.

Junto a essas transformações no campo do casamento, que percorri em rápidas considerações, percebe-se que a criação de um espaço para o casal, caminhou lado a lado com a criação de um “lugar de mulher”, com atividades e espaços separados dos do homem. Os modelos internacionalizados pelo colonizador europeu, branco, que foram incorporados e propagados com o desenrolar dos anos, parecem permanecer e ter forte apelo nos meios mais populares, ou seja, o modelo do macho viril, sexualmente voraz e dominador na relação com as mulheres¹⁴. Assim como acontecia na Era Vitoriana de maneira mais evidente, as mulheres e os homens prosseguem em instâncias separadas e hierarquizadas: o privado persiste espaço “feminino” e o público, espaço “masculino”. Mesmo com a saída progressiva de casa e a participação cada vez maior no sustento do lar, a mulher continuou a se ocupar com os afazeres domésticos, bem como com a educação das crianças. Como diria BOURDIEU (1989), eis um “sistema simbólico” estabelecido e vigente. E assim o é porque existe toda uma ordem *gnoseológica* que o fundamenta.

¹⁴ Ver THERBORN (2006).

É nesse sentido que, por exemplo, se constroem e se perpetuam as relações domésticas no interior do Nordeste do Brasil: há certa homogeneidade nas concepções de pensamentos, atitudes e ações. Essas ações pressupõem modos de comportamentos e sistemas de raciocínio que embasam e perpetuam as atitudes constituídas e armazenadas num acervo simbólico que estrutura a visão de mundo dos indivíduos. Esse acervo pôde ser acessado durante os discursos das mulheres dessa pesquisa, quando foi trabalhada a questão do casamento. A maior parte dessas mulheres é de origem nordestina, de cidades que se localizam fora da capital. São cidadezinhas do interior ou mesmo distritos: seis são da Bahia, três são de Pernambuco, uma de Alagoas, uma do Ceará e uma de Sergipe; duas da região central: uma do Mato Grosso do Sul e uma de Tocantins; e duas da região Sudeste: uma de Minas Gerais e uma de São Paulo. No momento da pesquisa, todas moravam nas periferias de São Paulo, em bairros mais afastados do centro, a exceção de uma, que mora em um município numa região praiana próxima a São Paulo. Talvez por essa razão, o discurso das que nasceram no Sudeste seja bastante semelhante ao das companheiras de nordeste: o *lócus* de habitação também orchestra um discurso marcado pela acentuação na diferença de papéis e de gênero. Lugares de mulheres e lugares de homens. O *habitus* é constantemente reconstruído e reafirmado no modo de ver o mundo, dos valores e da perpetuação de um mesmo pensamento. Deste modo, as noções sociais de exercício de papéis, como por exemplo, o da mulher, o do homem, o do poder coercitivo através da violência, entre outros, podem ganhar coloridos locais, entretanto perpassam todas as relações de gênero no país, independente da região em que se reside. É um *habitus* presente no cotidiano de mulheres e homens do Brasil com gradientes intensificados ou não e que reproduzem ou ressignificam esses valores e modos de pensar.

O primeiro contato que elas tiveram com o casamento foi na própria casa em que nasceram e foram educadas: todas as mulheres que fizeram parte desse estudo são filhas de pais casados. Nenhuma delas teve evento de separação na família até a geração dela e de seus irmãos. Suas avós e mães, assim como elas próprias, casaram quando ainda eram adolescentes. Suas mães tiveram em média entre seis e oito crianças e as avós tiveram mais crianças, mas as mulheres não souberam precisar o número de tios-avós no momento dos nossos encontros. A exceção por ter uma família de menor porte foi de Gardênia, composta apenas dela e de sua irmã. Todas as outras mulheres tiveram muitos irmãos, sendo Perpétua a que está na ponta oposta a de Gardênia, com maior número de irmãs e irmãos: 25.

Do mesmo modo em que se deu à trajetória da mãe, elas também casaram precocemente, pois tinham idades que variavam entre 14 e 15 anos quando entabularam a primeira relação considerada matrimonial. O elemento diferenciador das trajetórias foi justamente o fato de viverem em concubinato, se amancebarem, ao invés de contraírem matrimônio do modo “oficial”: seja no cartório, seja através da benção do padre, pela Igreja. Algumas fugiram, outras saíram de casa sem nem mesmo esperar a aprovação dos pais, o que reavaliam como sendo uma atitude que fica entre radical e desajuizada.

“Quando eu saí de casa eu tinha 14 anos de idade e fugi com um rapaz seis anos mais velho que eu. O pai nem queria que eu namorasse esse rapaz, mas... Já sabe, né? Jovem é desse jeito. Fui embora assim mesmo!” (Margarida, 36 anos)

“Eu casei muito nova. Eu casei com 14 anos, né? Tive minha primeira filha com 15...” (Hortênsia, 33 anos)

“Eu casei com 15 anos. Era louca por ele.” (Jasmim, 41 anos)

O que prevaleceu na decisão do enlace, hoje vista como apressada por elas, foi o sentimento que possuíam em relação ao companheiro escolhido: todas afirmaram que esse primeiro envolvimento foi por amor. Amor que hoje elas qualificam como ingênuo por não terem tido condições de avaliar os desdobramentos de uma possível relação. Essa mesma justificativa será acolhida pela família que irá aceitar e reconhecer o casal algum tempo depois. A ideia que circula, principalmente, é a de que muito embora os jovens tivessem agido de forma “errada” – afinal era preciso ao menos as benções do padre para se unirem em matrimônio – agiram de forma “legítima”: em nome de um sentimento altruísta e maior. É nesse aspecto que a família vai se basear para acolher o casal posteriormente, dando inclusive suporte financeiro, uma vez que em alguns casos nenhum dos dois trabalhava, tinha uma profissão ou mesmo estudava, não tendo por consequência condições de sustentar uma casa.

Por conseguinte, as circunstâncias dos casamentos narrados nos encontros, são sempre pautadas pelo sentimento do “amor arrebatador” que, segundo elas, é distintivo das pessoas jovens e também do aspecto “não oficial”: apenas três delas contraíram matrimônio com o

primeiro marido. Todas as outras viveram em situação de concubinato, que no Brasil, sobretudo no nordeste, ganha a alcunha mais popular de mancebia.

5.1 Concubinagens

A concubinação é prática antiga: quem não lembra aquela história bíblica cristã, muito conhecida? Abraão, não conseguindo ter uma criança com sua esposa, dorme com Agar, serva de Sara, com quem tem seu primeiro herdeiro.

Inicialmente, mesmo a Igreja tinha um posicionamento ambíguo em relação a concubinação, prática muito comum: no cristianismo ocidental, onde os padres faziam votos ao celibato, não se preocupando, portanto, com sua descendência, nem com a propriedade, a concubinação era uma prática corrente também no clero, mesmo após as reformas gregorianas do século XI¹⁵.

No entanto, essa forma de união foi sendo cada vez mais desaprovada pelo interesse da Igreja em limitar o direito de herança aos descendentes dessas relações. Se não há descendentes de jeito nenhum, não há preocupação com divisão de patrimônio; logo, a Igreja passou a condenar todo e qualquer tipo de concubinação. THERBORN (2006) afirma que nos primórdios da colonização brasileira, o casamento formal era uma exceção: regra era o concubinato. Os domicílios de terras brasileiras por volta de 1855 eram basicamente formados por coabitações. Sendo esse, um cenário partilhado na América Latina de modo geral, e não apenas um privilégio do Brasil que, assim como ocorria nos outros países, estava experimentando certo inchaço pela imigração latino-europeia. Para se ter uma ideia do baixo número de casais que buscavam o matrimônio oficial, entre as décadas de 1850 e 1860 cerca de um terço da população da Bahia nunca se casara. Como os registros de casamentos e nascimentos estavam nas mãos da Igreja e os padres exigiam altas quantias para a celebração das cerimônias, o casamento foi sendo progressivamente deixado de lado: os batismos eram o meio de distinguir entre as crianças nascidas de casamentos e os nascimentos extramaritais, em outras palavras, crianças nascidas em lares unidos por concubinato.

¹⁵ GOODY (2001).

Assim, a Igreja tipificava as relações a partir das orientações do Concílio de Trento e seus códigos de conduta, com o objetivo de identificar as pessoas envolvidas no que a Igreja entendia como um delito. A população infratora, portanto, era dividida de acordo com os tipos de desvios de conduta que a Igreja denominava “crimes contra a família”. Na medida em que contraíam matrimônio, por exemplo, indivíduos antes vistos como desviantes por viverem em situação de concubinato, recebiam o perdão e eram absolvidos dos “crimes” pela Igreja e pela comunidade. Nesse sentido, o concubinato era um pecado a ser combatido por todos, pois era o “crime” mais frequentemente cometido contra a família.

Tinha-se, portanto, uma carga moral muito forte que desqualificava o concubinato. Uma construção social onde os praticantes dessa modalidade de união eram mal vistos, não aceitos em certos tipos de reuniões ou celebrações, eram conhecidos e apontados quando estavam em público justamente pelo fato de viverem juntos e em dissonância com o estabelecido pela lei e pela Igreja.

Muitas foram as explicações que os historiadores deram para o concubinato no Brasil em seus estudos que abrangem o período da colonização¹⁶. O que interessa em toda essa discussão é a permanência do caráter transgressor do concubinato, que permanece como ranço de algo que não deve acontecer, de algo ainda visto com preconceito: todos devem casar, seja no civil, com a presença de um juiz de Direito; seja na Igreja, com a presença de uma autoridade religiosa. A coabitação pura e simples segue malvista. Esse olhar preconceituoso é ainda mais “interessante” se se pensar que o atual código civil reconhece os direitos dos casais que vivem em situação comprovadamente marital há mais de dois anos. Em outras palavras, tanto os casais que contraíram matrimônio civil, quanto os que coabitam são igualmente reconhecidos por lei. Porém...

Há uma espécie de gradação de valores no imaginário dos indivíduos. As pessoas vão sendo alocadas em dispositivos organizados mentalmente, que são provenientes de um construto social lento, com ecos atávicos, sempre reafirmados e transmitidos de geração a geração, ainda que não formalmente explicitados no cotidiano: no entorno de uma pequena comunidade ou no perímetro de um bairro, todos sabem quem é ou não casado formalmente. E esse saber implica numa ação mental de classificação de si e do outro. Dessa classificação decorre um posicionamento no dia a dia do jogo social: uns indivíduos estão mais ou menos

¹⁶ Ver FREYRE (1989) e ALMEIDA (1992).

legitimamente alocados que outros. E é disso que depende o casal para ter acesso com maior ou menor grau de respeitabilidade à família, à comunidade e à sociedade como um todo.

Portanto persiste a ideia de que o casamento no civil seria mais legítimo, mais correto que outras modalidades de matrimônio, a despeito dos dispositivos jurídicos que amparam os casais que se “casaram informalmente”. A construção da ideia de legitimidade e o reconhecimento do entorno social frente ao casamento “no papel” é uníssono na voz das mulheres que fizeram parte desse estudo.

“Aí a gente acabou casando em 2004, direitinho de papel passado. A gente fez tudo certinho (...)” (Rosa, 42 anos)

“Aí eu casei de novo, dessa vez nos conformes [no civil] e tem três anos que eu estou casada, né?” (Hortênsia, 33 anos)

“Tô casada com essa pessoa há cinco anos e dessa vez casei de verdade, sou esposa dele no papel” (Jasmim, 41 anos)

“Aí eu me casei com ele de verdade, na frente do juiz e com testemunhas. E agora tem o quê? Tem treze anos que eu sou casada com esse rapaz (...)” (Margarida, 36 anos)

“Comecei a namorar de novo, casei-me outra vez, só que agora casei oficialmente e já tenho quase seis anos de casada e meu marido quer filho e eu agora quero também” (Dália, 38 anos)

“Depois que separei, nunca imaginava de me apaixonar de novo, de conhecer outra pessoa, de sonhar... Apesar de já ter sido casado antes, essa pessoa não teve filhos. (...) Nós casamos de papel passado e então a gente começou a sonhar com essa possibilidade de ter filho, né?” (Camélia, 43 anos)

“Em 2003 me casei novamente, só que dessa vez eu casei mesmo [no civil]” (Acácia, 36 anos)

“Nós vivíamos juntos, depois nós casamos” (Petúnia, 33 anos)

Mesmo tendo passado, num primeiro momento, pela experiência conjugal através do concubinato, as mulheres desse estudo consideraram o primeiro casamento como “menos legítimo” que o segundo, não apenas pelo valor afetivo que esse representa, pois elas o consideraram como sendo fruto de um amor mais verdadeiro; mas também pelo fato de ter sido registrado em documento, pela mudança do nome de família, pela ascensão simbólica que ele representa no entorno da comunidade e na família. O *status* de esposa agora é referendado pela certidão de casamento.

“Antes o que eu tinha não era casamento, né? A gente vivia junto e era uma baixaria. E eu não era... [a vida no casamento anterior não era estável]. Eu resolvi laquear na época porque o meu marido arranhou filho na rua, né? Teve filho na rua quando eu tava grávida.” (Maria Flor, 36 anos)

“(...) fui viver com um homem que eu achava que amava, mas me enganei. A gente se amancebou e com 15 anos eu fui mãe, tenho dois filhos, me separei” (Acácia, 36 anos)

No Nordeste, como afirmei acima, o concubinato é popularmente conhecido como mancebia; o indivíduo pode amancebar-se ou não. E essa palavra, o verbo sobretudo, é, mormente utilizada pelas mulheres que compuseram esse estudo justamente por terem raízes familiares profundas no Nordeste, ainda que habitem em São Paulo há muitos anos. As ressonâncias do *habitus* familiar podem ser percebidas em suas definições e visões de mundo expressas nas conversas e nas entrevistas.

5.2 Amancebamentos

No contexto brasileiro nordestino, a concubinagem mescla-se ao verbo amancebar-se, que segundo qualquer dicionário da língua portuguesa, é definido como viver junto em estado não oficial. Ao lado da definição ortográfica, há igualmente a percepção cultural que entende e vê esse tipo de relacionamento de modo depreciativo.

Desde a época da colonização, como afirmado anteriormente, no Brasil as relações e a própria formação familiar não seguiram os moldes hegemônicos do europeu: nuclear,

monogâmico, branco. Ao contrário, atraídos pela possibilidade de encontrar riquezas, os portugueses que aqui chegaram (e alguns outros grupos vindos da Europa, como franceses e espanhóis), encontraram uma sociedade organizada, muito embora fora dos padrões de suas cidades de origem. A organização social aqui era outra, que eles consideravam primitiva, porém estruturada com rituais e cerimônias, permissões e proibições tradicionalmente fundamentadas.

Muitos desses colonizadores, não tendo como contrair matrimônio com suas patrícias, suas conterrâneas, pela escassez de mulher branca em território brasileiro, encontraram nas índias, e posteriormente nas negras escravas, possibilidades de relações outras, as ditas “não legitimadas”: nem pela Igreja, aqui já representada desde a celebração da primeira missa, pelos jesuítas; nem pelo Estado, cujo centro era o longínquo Portugal e cujos representantes também encontravam “dificuldades” de por a termo toda mestiçagem brasileira que aí tinha seu início¹⁷.

De lá pra cá, após um grande número de transformações tanto históricas, quanto jurídicas e sociais, o concubinato, sobretudo no nordeste, foi cedendo terreno no linguajar cotidiano e popular, a outro termo que sobrevive e tem força de significado e reconhecimento: amancebar. E a mancebia herdou do concubinato a conotação pejorativa justamente por estar inicialmente atrelado a uma noção depreciativa de concubinação, ou seja, de relação conjugal não legítima.

Um casal proveniente de grande metrópole, somente a título de exemplo, dificilmente se autodenomina “amancebado”, pois essa forma de falar não faz parte nem do seu repertório, nem do seu cotidiano; diz-se, antes, “casado informalmente”, “junto”, “vivendo uma relação aberta”, bem como tantas outras metonímias. O peso do termo “informalidade” junto ao “casado” seria mais suportável que o pejorativo “amancebado”¹⁸, pois este além de reafirmar o fato do casamento não ser “oficial”, de acordo com o estatuto do código civil brasileiro, também traz consigo a origem de quem fala: o indivíduo é rapidamente remetido ao seu Estado de nascimento, suas origens nordestinas. E em algumas circunstâncias, essa identificação imediata pode ter efeito negativo, pois sua imagem é associada àquele que saiu de sua terra natal em busca de melhores condições de vida, isto é, não tem origem na “grande

¹⁷ Ver CERCEAU NETO (2008).

¹⁸ Nas camadas mais populares se ouve esse tipo de expressão e é sempre com sentido pejorativo e/ou irônico. No Ceará, Nordeste do Brasil, o sarcasmo e a ironia perpassam o termo, seja no cotidiano, seja nas canções populares (forrós).

cidade”, é de origem rural. Ou, é associado àquele que vivia na miséria e na seca do seu Estado¹⁹; ou, ainda, a ideia de que ele não passa de um camponês; ele é proveniente do campo, da roça e, junto a isso, todos os desdobramentos do que significa, novamente aqui, não ter nascido no meio urbano, numa metrópole²⁰.

No contexto das mulheres que entrevistei durante a pesquisa, a concubinação enquanto termo, não apareceu. Elas se referiam às primeiras uniões como “amancebamento”, e nelas imprimiam a conotação pejorativa que mencionei acima. Então amancebar-se foi uma decisão impensada e, por isso mesmo, sinônimo de uma relação inadequada e ruim, pertencente ao passado. Essa primeira relação conjugal é em geral percebida como ilegítima, sobretudo nesse aspecto: a maioria delas não chegou a casar-se oficialmente, seja no civil, seja na Igreja. Foram relações que tiveram um começo prematuro, por vezes com o primeiro namorado, e que as obrigaram a sair da casa dos pais para dar início à vida conjugal numa estrutura precária.

“Com três meses que eu tava morando junto já fiquei grávida do meu primeiro marido” (Camélia, 43 anos)

“Eu vivi casada 15 anos, né? Mas não era no papel, certinho. E aí você não sabe com quem você tá vivendo. E a realidade é essa, né?” (Maria Flor, 36 anos)

“Eu fui mãe por falta de informação, entendeu? Tava naquele relacionamento que nem casamento era, a gente era juntado, amancebado mesmo. Hoje não. Hoje eu tenho um casamento sério” (Íris, 30 anos)

Elas descreveram essa primeira relação conjugal como um “casamento-não casado”, não legítimo e, talvez por isso mesmo, fadado ao fracasso. Há um olhar de reavaliação da vida de casada, do tornar-se mãe e da vida social na cidade de origem, que busca na imaturidade da idade cronológica, sua explicação e justificativa.

¹⁹ É muito recorrente no imaginário brasileiro as grandes secas ocorridas no nordeste, sobretudo as do século passado, como se viessem de um passado muito recente.

²⁰ Sobre esse assunto, BOURDIEU tem um estudo muito importante *Le bal des célibataires*, onde analisa, entre outros temas, as diferenças de *habitus* entre cidade e campo. E o quanto o segundo foi sendo desvalorizado no que representava, em suas atividades, seus ritos, suas economias simbólicas e o primeiro, a cidade, ao contrário, motivada pela industrialização, foi sendo alçada ao lugar dos bons modos, da educação e refinamento, das oportunidades mais dignas, entre outros atributos.

“E eu fiquei assim: é como se você entrasse numa, numa roda de besteira, sabe? Casa sem juízo, muito novinha, nem sabe direito e já nasce a criança...” (Magnólia, 30 anos)

“Naquele tempo... Hoje em dia as moças ficaram muito espertas. Elas sabem muito das coisas. Ali com 13 anos, 14 anos de idade, lá atrás, a gente morava na roça, não sabia igual hoje em dia. Eu fugi muito nova com um rapaz mais velho, na empolgação da emoção, sabe? E no que deu? As coisas feitas sem juízo são assim mesmo” (Margarida, 36 anos)

A reconstituição desses caminhos percorridos por elas no momento mesmo da fala, suscita emoções, descobertas e ajuda numa espécie de reafirmação desse novo *status quo*, o de mulher urbana, casada no civil, fato que a maioria delas faz questão de sublinhar. Em várias ocasiões, durante as entrevistas, elas davam a impressão de justificar não apenas para mim, mas para elas mesmas e para suas famílias, o fracasso da primeira relação, os tropeços de juventude – incluindo aí, mesmo a esterilização – e a atual decisão acertada na escolha do novo companheiro e da legitimidade social da nova relação.

“Aos 19 anos de idade eu tinha três filhos e não vivia um relacionamento bom. (...) O meu pai me apóia muito nisso [na concepção de uma criança pela RHA]. Porque ele sabe que o meu casamento é [de verdade], sabe? Tem as picuinhas de marido e mulher, que todos têm, mas é um casamento bom. Porque o meu marido é muito bom, graças a Deus e... Amor é o que a gente tem dentro da minha casa, graças a Deus” (Íris, 30 anos)

Isso que as mulheres chamam de “tropeços da juventude”, especificamente a laqueadura, pode ser relativizado: ainda que hoje elas demonizem a cirurgia que fizeram em tenra idade, por suas razões atuais de conformação e reconhecimento familiar, a decisão na época tinha outro sentido. A laqueadura, ainda que elas não tenham isso elaborado de modo mais rebuscado, representou naquele momento, uma decisão de autonomia em relação ao próprio corpo. Pode ser afirmado que, muito provavelmente, elas não tivessem dimensão das consequências do ato no momento em que disseram ao médico que queriam, sim, fazer este

procedimento. Por outro lado, a laqueadura pode ter representado durante um bom par de anos, liberdade de escolhas e maior autonomia na administração de sua vida sexual.

O caminho que foi percorrido por elas, em resumo, foi então: casamento precoce e em regime de mancebia seguido de gravidez; justamente por estarem pouco preparadas para um relacionamento mais complexo, muitas já haviam abandonado a escola, não tiveram uma formação a respeito da vida sexual em casa por questões culturais, uma vez que os próprios pais, prescindiram eles próprios desse tipo de orientação. Após a primeira gravidez, outra vem na sequência pelas mesmas razões da primeira: falta de informação aliada ao descuido. Adicione-se a esses fatos, as circunstâncias da mancebia, a precariedade nos recursos financeiros (quase todas as mulheres desse estudo são filhas de pequenos agricultores), mas também culturais, sociais e afetivos. Complementando essa dinâmica, acrescente-se o consumo abusivo de álcool por parte do primeiro companheiro, que se constitui em outra questão importante. Tem-se um conjunto de fatores que coloca a primeira relação numa situação de fragilidade extrema, cujo resultado é mesmo a separação. Que pode ser brusca, violenta, ou no mínimo “misteriosa”, com o sumiço repentino do marido, como ocorreu com a Margarida e com a Rosa.

O primeiro relacionamento chega, assim, ao final. Vem a separação que é narrada sempre como muito conturbada: seja pelo modo como os maridos deixam a casa, abandonando-a; seja pela forma violenta como agem, com ameaças e agressões físicas. Nesse momento, temos um “divórcio”. Mas não um divórcio formal, com processo e juiz. Um “divórcio-largar”.

5.3 Sobre divórcio, separação e “largar”

Embora seja um termo bastante antigo, o divórcio em seus primórdios não possuía a conotação que hoje tem, isto é, a possibilidade de contrair outro(s) matrimônio(s). Num primeiro momento, divorciar-se era obter o direito de separação de leitos e, posteriormente, separação de casas. Esses eventos que eram denominados divórcio jamais davam direito a novo enlace e o Concílio de Trento veio para ratificar o casamento como um único evento passível de benção pela Igreja.

O divórcio possui graus de legitimação que sofrem variações segundo a motivação, a sociedade e o contexto histórico. Por exemplo, houve uma época em que a esterilidade no casal constituía motivo legítimo de anulação do casamento ou divórcio. Sendo que, durante muitos anos, creditou-se a esterilidade à mulher. A infidelidade também constituía motivo de divórcio e aqui, novamente, se relacionado à mulher, uma vez que a infidelidade masculina era culturalmente tida como “normal”.

Dentro da perspectiva do casamento baseado no amor, o divórcio aparece quando as partes envolvidas não vivenciam mais o sentimento que os uniu: é preciso buscar novos caminhos e, talvez, nova(s) união(ões). Para ilustrar seu crescimento, na virada do século XIX até meados do século XX, a presença do divórcio nas sociedades ocidentais é bastante tímida, com pouca expressividade. Quando o painel sofrerá uma drástica mudança? A partir do final dos anos 1960²¹ e início dos anos 1970 que, acompanhando todas as mudanças e revoluções que caracterizam esse período histórico, os números do divórcio sobem em proporção crescente, ano a ano, mesmo triplicando os números em alguns países. Junto a esse aumento do divórcio, há paralelamente uma diminuição do tempo médio de duração dos casamentos.

Note-se, dessa forma, que o divórcio segue a mudança cultural que vai ganhando espaço: se se casa por amor, a questão da indissolubilidade do casamento é colocada em xeque pela possibilidade desse sentimento chegar ao fim. A legislação acompanha as mudanças que ocorrem na esfera dos comportamentos, social e cultural. Diferentemente do passado, neste início de século XXI, para além do enlace que permanece a despeito do tempo e das vicissitudes, o casamento pode ter outro desdobramento: o divórcio, agora com a chance de novo matrimônio. Da mudança na legislação decorre uma minimização do estigma que pessoas divorciadas sofriam anteriormente.

Entre as mulheres que entrevistei, a experiência com a separação segue trajetórias que assemelham-se e diferenciam-se das que geralmente se vê no cotidiano, a começar pela linguagem. No universo da linguagem peculiar nordestina que caracteriza a fala das mulheres desse estudo, assim como se amancebam, elas não se separam ou se divorciam, mas, antes, “largam” ou “largam do marido”, ou ainda, ambos “se largam”.

“Eu criei coragem e larguei dele. Aí eu passei... Quase nove anos separada do meu primeiro marido. Aí, foi

²¹ Ver SARACENO (1992).

passando o tempo, eu fui trabalhando e um dia conheci outra pessoa” (Jasmim, 41 anos)

“Nem durei, se eu durei um ano, durei muito depois que eu fiz a laqueadura, a gente se deixou [SE LARGOU] do mesmo jeito” (Margarida, 36 anos)

“Quando eu falei pra ele que eu tava grávida, eu tava com um mês de grávida. Aí eu larguei dele” (Petúnia, 33 anos)

“Meu casamento ia mal e eu sabia que era questão de tempo largar dele. Tanto que pouco tempo depois da laqueadura a gente se largou” (Perpétua, 39 anos)

O interessante nesse linguajar é que segundo o dicionário²², o verbo “largar” pode tanto ter o sentido de soltar, abandonar e não prosseguir como também, dependendo do contexto, pode significar “dar a partida”. E o que elas fazem, após o fracasso no casamento, é um verdadeiro ato de partida: elas largam os maridos, deixando de prosseguir na relação conjugal e, igualmente, deixam de morar na cidade natal. Partem rumo ao sudeste.

A decisão pela mudança, que parece tomar ares de “radical” segundo discurso das mulheres, tem razões diversas. A primeira e mais frequentemente citada é a busca de melhores oportunidades de trabalho, uma vez que não possuem mão de obra qualificada em alguns casos, mesmo o trabalho doméstico é visto como mais bem remunerado em São Paulo.

“E pra completar fui embora da minha cidade e deixei as minhas filhas com minha mãe, porque eu precisava trabalhar pra dar o de comer pra elas. Porque o pai delas nunca deu nada pra elas, né? Ele sumiu no mundo e eu vim porque sabia que aqui [em São Paulo], mesmo pra trabalhar em casa de família pagava mais” (Margarida, 36 anos)

“Largar” o primeiro marido tem alguns desdobramentos que não são bons nem para a mulher, nem para suas crianças ou para sua própria família. E uns dos aspectos que mais influenciam é a queda no nível econômico de vida: uma vez separadas, a maioria das

²² Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2003.

mulheres não conseguiu manter-se numa casa sozinha com as crianças, mesmo as que já exerciam algum tipo de trabalho remunerado. Foi preciso voltar para a casa dos pais. Esse regresso implica, para as crianças, em alguns casos, numa temporada fora da escola. Isso porque, sendo outro o endereço, muitas vezes fica difícil percorrer longas distâncias entre a residência dos avós e a escola. Ou, ainda, existem entraves para uma matrícula no meio do ano letivo.

“Tive que passar uns tempos na casa dos meus pais e foi muito ruim essa época, pois passamos muitas necessidades. Não pude botar meus filhos em outra escola porque tava no final do ano foi um tempo muito ruim mesmo. Sofrimento meu e dos meus filhos.” (Acácia, 36 anos)

Esse retorno ao lar dos pais também significou rearranjos espaciais, pois era preciso acomodar não apenas a filha que estava regressando ao lar, mas os netos também. Além disso, novas “bocas” foram agregadas aos gastos com alimentação e a economia dos recursos voltados à alimentação teve impacto imediato na qualidade em favor da quantidade, pois era preciso deixar o consumo de alguns produtos para que todos pudessem ter comida, menos diversificada e mais “substanciosa”:

“Fiquei um tempo na casa dos meus pais. Tivemos que comer feijão mais ralo, porque já viu, né? Além dos meus irmãos, agora tinha eu mais dois filhos pra alimentar.” (Dália, 38 anos)

Houve, portanto, uma queda no padrão de vida financeiro e simbólico também, pois uma mulher “largada” não deixava de ser estigmatizada pelos próprios familiares e pelo entorno da comunidade. Como são minúsculas cidades do interior, é bastante comum que todos se conheçam e que todos participem dos dramas cotidianos das famílias próximas. E o rótulo de mulher “largada” é pesado e vergonhoso. Por mais que sejam conhecidos os problemas do casal, sobretudo do homem (mormente violento e envolvido com álcool), é difícil obter outro arranjo familiar se se é uma mulher “largada”. Há uma forte conotação pejorativa, simbolicamente negativa e culturalmente reconhecida na comunidade. Ninguém quer ser mulher “largada”, talvez por isso algumas “larguem” o marido antes. Mesmo assim, é forte o sentido negativo do termo, pois uma mulher que “larga” o marido também é mal vista. Chega-se a um paradoxo: se se submete ao relacionamento violento e silencioso, ela é

considerada “frouxa”, “mole”; se não se submete e denuncia ou sai de casa, é mulher “difícil”, “marrenta” etc. Parece não haver alternativas. Por essa razão e pela pouca idade e experiência, elas demoram muito para tomar a decisão de “largar” os maridos. Mesmo com a relação desgastada, fragilizada também por violência física, elas ainda permanecem bastante tempo casadas.

“E eu acabei fazendo laqueadura por causa desse motivo. Medo dele voltar e, de repente, aonde eu tivesse... Ele sabia que eu era molona mesmo, frouxa, sabe?” (Rosa, 42 anos)

“Aí tudo bem, eu larguei dele. Larguei mesmo, todo mundo dizia que eu era marrenta, cabeça dura, que mulher largada não tem valor, mas eu ia fazer o quê?” (Petúnia, 33 anos)

Durante os encontros, elas afirmaram que permaneciam na relação que era avaliada como sendo de baixa qualidade por incentivo da família de origem. Pode-se ler esse “incentivo” de duas maneiras: a primeira tem motivos mais fortemente econômicos. Uma vez que são provenientes de famílias de baixa renda de pequenas cidades ou povoados do interior do nordeste, como me referi acima, muitas vezes o amancebamento de uma filha ou filho significa sobretudo menos gastos com alimentação, mais espaço na casa etc. Disso decorre a insistência por parte da família para que elas permaneçam com o marido, lançando mão

inclusive, de um famoso provérbio popular, que apareceu com algumas variações em diferentes momentos de conversas e/ou entrevistas: *“Ruim com ele; pior sem ele”*.

“E eu nunca imaginei me separar dele. Porque eu aprendi na minha família que a gente tem que morrer do lado do marido que a gente escolheu. (...) E eu via que tinha muitos maridos assim, então era normal. Era daquele jeito: ruim com ele, pior sem ele. Era assim que meus pais me falavam. Era desse jeito” (Jasmim, 41 anos)

“Mas eu achava que eu nunca ia separar dele, porque isso de separação não tinha na minha família. Tava ruim com ele, mas na rua eu podia achar um pior” (Petúnia, 33 anos)

“Não tem uma estrutura familiar, né? Que te dê apoio. Todo mundo... Quando você tem um problema você vai conversar com a família, a resposta que você tem é assim: “Sem ele é pior. Terminando com ele, se você ficar sem ele é pior”. Tá bom. A família te empurra pra você ficar naquele casamento mesmo sabendo que ele tá mal” (Camélia, 43 anos)

Há também outros motivos, como a violência que cerca o momento de separação, no qual elas sofrem ameaças mais sérias, verbais ou físicas. Parte das mulheres que participaram desse estudo, afirmaram ter sofrido agressões físicas por parte do companheiro quando ainda estavam juntos e mesmo depois de separados, como ocorreu com Rosa. Essas agressões, muitas vezes, foram presenciadas pelos filhos. Entretanto, no contexto familiar e cultural delas, as agressões físicas ou verbais são comuns, ou seja, elas já estariam “acostumadas” a ver e a conviver com a violência em seus próprios lares de origem, discussões entre seus pais e mães; ou habituadas a ouvir as histórias das mulheres do entorno da comunidade, vendo-as marcadas pela violência dos golpes sofridos (marcas roxas, arranhões, fraturas etc.); ou ainda histórias do passado da própria família, onde havia um avô que era visto como mais nervoso ou bravo (violento).

Nesse sentido, a violência tem uma conotação “natural” para elas, uma vez que seria da “natureza do homem” essa agressividade. As relações de gênero comportam a violência, segundo elas. Novamente aqui, um sistema simbólico construído e cristalizado como um *habitus*, onde a violência masculina é tolerada em virtude do que Durkheim chamou de

“conformismo lógico”, segundo BOURDIEU (1979), ou seja, certa concepção homogênea do tempo, do espaço, da causa, dos modos de ser e que tornam possível a concordância tácita de todos que participam de um determinado agrupamento social. Aqui no caso específico, a violência por parte do companheiro.

“Os símbolos são os instrumentos por excelência da “integração social”: enquanto instrumentos de conhecimento e de comunicação, eles tornam possível o *consensus* acerca do sentido do mundo social que contribui fundamentalmente para a reprodução da ordem social: a integração “lógica” é a condição da integração “moral” (BOURDIEU, p. 10, 1989)

Porém há uma ambiguidade no discurso das mulheres, uma vez que tanto há o reforço dessa ideia de “uma natureza violenta”, como certa inconformidade com essa “natureza”, pois não seria admissível que uma mulher tenha que sofrer, seguidamente, agressões do marido. Mas essa inconformidade vai sendo construída, lentamente, no decorrer dos muitos anos do primeiro casamento. No começo do relacionamento é tida como “normal” a postura do homem violento; com o tempo um ajuste de ideias e concepções vai tomando corpo, numa equação que leva em conta a vivência cotidiana, os discursos da comunidade familiar e social mais próxima, algum contato com outros discursos mais gerais e um processo próprio, muito particular, de elaboração. O que faz desse poder do homem uma norma aceita é certa crença na legitimidade de sua conduta; crença construída socialmente, incrustada na epiderme das mulheres brasileiras que habitam desde grandes metrópoles até improváveis rincões do país. A subversão dessa ordem só é possível quando a crença na legitimidade desse poder perde força. Como uma espécie de “construção de consciência”: num primeiro momento isso não está claro; é a cotidianidade, o tempo, a maturidade (como elas próprias afirmam) que vai forjar, no sentido de fazer nascer e enrijecer uma nova compreensão das relações e, por conseguinte, uma nova visão de mundo.

FAMÍLIA

6. FAMÍLIA

6.1 Escarafunchando os meandros da família

*“(...) Se aquela moça esperta não tivesse ali passado
Ou se não se apaixonasse por aquele condenado
Eu não teria bisavô, nem bisavó, nem avô, nem avó, nem pai pra casar com a minha mãe
Então eu não contaria essa história familiar
Pois eu nem existiria pra poder cantar
Nem pra tocar violão!”²³*

Na língua portuguesa, tal qual ocorre na língua francesa, italiana e em outras de origem latina, a palavra família possui uma conotação pouco específica: circunscreve uma diversidade de relações, grupos e experiências²⁴. Uma família diz respeito, por exemplo, a um grupo de pessoas nascidas de mesmo pai e mãe; pode aludir ao que um casal se propõe a construir: “nossas” crianças junto aos “seus” irmãos ou aos “meus primos” etc. Pronomes possessivos que antecedem as frases e se embaralham na construção de um universo todo peculiar e localizado, com limites, separações, interdependências e cruzamentos.

No entanto, se se observar por outro prisma, nota-se que nem todas as convivências são reputadas como familiares: uma coabitação breve de um casal tem estatuto legal indefinido tanto do ponto de vista jurídico, quanto do reconhecimento social. Ou ainda, como denominar uma família com um único progenitor? Família “incompleta”? E a família cujo cônjuge abandona o lar? Família “fragmentada”? Que faz imediata contraposição a família “inteira”, “completa”. O que remete ao questionamento a respeito do que constitui ou define uma família “completa”.

Philia e *Eros*, na Grécia Antiga, eram os fundamentos da constituição da família, cujos membros partilhavam a consanguinidade, assim como eram responsáveis pela sua continuidade. E só podiam coabitar respeitando uma regra capital: a proibição do incesto e do parricídio e filicídio.

²³ “Eu”, letra: Paulo Tatit, Palavra Cantada, cd: Canções Curiosas, 1998.

²⁴ Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2003.

Durante o século XX, a família enquanto instituição sofreu mudanças que percorreram todo globo terrestre. Fundamentos que pareciam intocáveis ruíram em alguns países e em outros estão em processo de erosão, como o patriarcado. A inauguração do controle da natalidade em escala mais amplamente difundida e, do mesmo modo, algumas populações que, ao notar claramente o declínio de suas taxas de natalidade, buscaram implementar políticas de estímulo à natalidade com vistas ao menos à reposição de capital humano.

6.2 Família: reguladora da sexualidade?

A sexualidade é um construto social, ainda que haja bastante dificuldade de compreensão nesse campo, dada a aproximação (em alguns casos até mesmo a redução) entre sexualidade e natureza. Como se a sexualidade fosse naturalmente dada, a partir do nascimento, sem que se pudesse fazer grande coisa a não ser resignar-se com os caprichos da biologia acerca dos corpos. Como se a cultura fosse um campo a parte, outra seara, distante e distinta da biologia e das discussões sobre a natureza.

Faz algum tempo, FOUCAULT (1988) destacava que a sexualidade não pode ser concebida como um dado da natureza, mas como um dispositivo histórico. Logo, a sexualidade, como o gênero, carrega a historicidade e a provisoriedade das culturas, sendo atravessada pelas relações de poder, das normas, das hierarquias e das circunscrições linguísticas.

Se se observar historicamente, segundo GOODY (1985)²⁵, a Igreja se esforçava em disciplinar a sexualidade das massas no casamento e fora dele. Isso se dava através do discurso sobre o que ia a favor ou ao encontro dos interesses da Igreja e dos bons praticantes da religião. Ter relações sexuais, por exemplo, era sinônimo de estar casado e de ter como objetivo último a procriação. Tudo era encerrado em múltiplas limitações: a concubinação era completamente rejeitada, a fidelidade era um dever, um herdeiro deveria nascer do casamento e em caso de esterilidade (que nessa época era referida especificamente à mulher, é bom lembrar novamente) o homem deveria permanecer casado com a esposa e em estado de continência. Além disso, os casais deveriam praticar a abstinência sexual aos sábados,

²⁵ Ver p. 191.

domingos e dias santos, no período entre a concepção e o parto e nas quarentenas entre as cinzas e a páscoa do calendário cristão. Todas as outras formas de contracepção, fora a abstinência, eram vigorosamente condenadas pela Igreja, como o coito interrompido, o uso de medicamentos caseiros, o aborto ou o infanticídio²⁶.

A Igreja, com todas as suas intervenções e leis em relação ao povo – ser a legitimadora dos casamentos, impor regras de condutas, nomear filhos legítimos e bastardos, proibir a poligamia, entre outros – pouco a pouco transformou o conceito de parentesco. E enquanto a família foi o principal regulador da sexualidade humana e seu produto, todas as mudanças importantes de fecundidade ocorreram dentro do sistema familiar.

6.3 *Família, família...*

A família, o doméstico, possui função reguladora fundamental dentro da sociedade. É uma arena formada pelo espaço físico mesmo (a casa), mas também pelas relações entre os indivíduos e pelo simbólico, que norteia essas relações atribuindo-lhe uma espontaneidade que ganha ares de “naturalidade” no cotidiano. E não há a necessidade de uma mediação do tipo “somos da mesma família” ou “esse fato ocorre dessa forma porque ela é da minha família”. A família mostra-se como um universo privilegiado de construção social da realidade.

O indivíduo está subordinado à família que, junto às outras instituições existentes em todos os meios sociais, é essencial à sociedade civil. A família é quem garante a moralidade que circula e parece ser “natural”, que parece “estar lá desde sempre”. Portanto, quando se falava (mais raramente nesse início de século XXI) em “filho ilegítimo”, por exemplo, estava não apenas se referindo a um estatuto jurídico, mas igualmente a um estatuto social e simbólico: essa criança estava fora da ordem familiar, podendo ter sido resultado de um deslize, fruto de um adultério, logo, fora dos preceitos estabelecidos por essa mesma ordem.

²⁶ Para muitas civilizações, essas questões giravam tanto em torno do casamento e da constituição da família, como também do nascimento da “pessoa”: quando se é um humano? Quando podemos ser considerados uma pessoa? Para alguns povos era no momento em que a criança fosse capaz de se comunicar e andar; antes disso, a perda do bebê concernia somente aos pais e não representava grande perda no conjunto da comunidade. No cristianismo, há uma adoção da postura mais “psicológica”, segundo GOODY (1985): o fato de proibir relações sexuais após a concepção denota a crença de que um ser está a caminho, portanto seria uma pessoa.

De modo semelhante, uma família, como foi acima citado, com um único progenitor, suscita questionamentos, uma vez que “falta” um dos elementos que completaria a família²⁷. E essa “falta” tem muita força na ordem simbólica cotidiana.

Junto a essa imagem que busca certa uniformidade do que viria a ser uma família, tem-se também difundida a ideia de que ela constitui um espaço de resguardo subjetivo dos indivíduos. É o lugar da intimidade e do exercício da afetividade. No seio familiar, os indivíduos podem ser autênticos, não precisam fazer uso das firulas de civilidade que lançam mão no ambiente de trabalho ou entre amigos; é espaço de solidariedade, de privacidade. Paradoxalmente, existe também a ideia que na família não se pode ser autêntico, há cobranças de todos os lados, o que suscita um sentimento de opressão, de obrigação, de atos violentos e de egoísmos.

Todas essas ideias, que são correntes, podem ser ouvidas diariamente, em diversificados espaços sociais, seja em tons de queixa, seja em tons de alegria. Pululam no imaginário de todos e se perpetuam através das gerações. Ressignificam e reforçam um *habitus*. E esse movimento é tão intenso que existem algumas expressões que escapam do seu *locus* de origem: “empresa familiar”, “essa firma é como a nossa família”, cuja conotação é atrelada a noção de afetivo, muito embora os objetivos buscados no balanço do final de cada mês sejam friamente calculados. Assim como ocorre, também, vez por outra nos programas políticos do país, quando os dirigentes carregam nas tintas da emoção ao exaltar ao povo a necessidade de se resgatar “os valores familiares”; ou ainda, expurgar da “família social” os bandidos e criminosos que mancham a honra dos lares.

Como se vê, são extensos os usos e conotações do termo família. O que é interessante ressaltar em todo esse universo de aplicações, significados e usos do termo “família” é o que há em comum tanto no discurso “a favor”, quanto no discurso “anti/contra”: seu aspecto a-histórico e, por outro lado, a estereotipização da família como uma realidade inteiramente apreensível, homogênea e admirável, não importando o contexto histórico ou social. Como se existisse “a” família.

²⁷ Mesmo no século XXI ainda causa discussões calorosas a questão que diz respeito à maternidade solitária, onde mulheres bem sucedidas financeiramente, buscam bancos de esperma para, junto ao serviço de reprodução humana assistida, conceberem de modo independente: sem casamento e sem marido. Recentemente (2010) dois filmes abordando esta temática estiveram em cartaz nos cinemas do circuito comercial: “*Plan B*” (Plano B, na tradução para o português) e “*Switch*” (Coincidências do Amor, na tradução para o português), ambos da indústria americana de cinema.

Os trabalhos no terreno sociológico, antropológico, etnológico e de história social²⁸, entre tantos outros, têm mostrado o quão complicado é falar “a” família, uma vez que existem muitas variedades de conformações familiares não apenas nessa virada de século, como também nas experiências familiares do passado. Frente a toda essa diversidade é incontestável a impossibilidade de reconstruir um modelo único e completo de família. Como diz SARACENO (1992), a história da humanidade apresenta um quase inesgotável repertório de modos de organizar e atribuir significados a: geração, sexualidade, alianças entre grupos de indivíduos, enfim, construção familiar.

Na sociedade ocidental, a família tem suas raízes no casamento monogâmico, através de consentimento livre e mútuo e baseado no amor. Por outro lado – conforme já foi dito anteriormente – durante muito tempo e em algumas circunstâncias, o melhor casamento era o arranjado, pois era garantia da ampliação e da perpetuação do patrimônio. Assim, a família é uma construção social racional, voluntária e possui uma moral.

Outro aspecto ainda a ser ressaltado nessa discussão é a divisão sexual do trabalho: é a família o lugar onde se percebe claramente a cisão sexual dos papéis de mulheres e homens, calcada principalmente em caracteres tidos como “naturais”, seguindo oposições tais como passivo/ativo, interior/exterior, frio/quente, entre outros. A realização substancial do homem estaria no seu trabalho no mundo exterior, nas lutas sociais; a mulher se destinaria a cuidar da moralidade objetiva da família, dos afazeres ligados à educação.

Complexo ator social e fonte de reflexões e estudos, a família é, ainda, interpretada pelos “liberais” como uma comunidade “natural”, é a chave da felicidade individual e, por consequência, do bem público²⁹. Também para os “tradicionalistas”, ela constitui objeto de preocupação, sobretudo com sua manutenção nos moldes hierárquicos com que exerce papéis e funções “naturais” muito claramente delimitados. O respeito às hierarquias é uma condição para o equilíbrio social. Aqui a família é uma sociedade de linhagem que afiança a estabilidade, a duração e a continuidade. E nessa estruturação, o pai é o chefe “natural”, que estabelece as leis e garante seu cumprimento. Nesse sentido, o divórcio para os “tradicionalistas” é execrado, uma vez que é intrinsecamente perverso e cujas consequências são ruins para as mulheres e seus filhos por seus desdobramentos morais. Os “socialistas” se

²⁸ BOURDIEU (1996), BRAGA (2005), CADORET (2000), CANCELA (2008), CARNEIRO (1998), COSTA (2002), COVA (2005), FONSECA (2002, 2004, 2005, 2007), GOODY (1987), MIZUNO (2001), MOREIRA (2009), NEYRAND (2004), WAKITA (1999).

²⁹ Ver PERROT (2009).

colocavam a favor de uma modernização da família enquanto instituição: propunham a igualdade entre os sexos, abrangendo aí a educação, o direito ao divórcio, sem que esse representasse ameaça à família. Contudo, o casamento para eles também é monogâmico, pois é pilar da família nuclear, que assim sendo fortalece a afetividade e que vai ter nos filhos sua preocupação-mor: as crianças passam a ter um estatuto diferenciado, pois o sentido e imagem de constituírem continuidade da sociedade são reforçados. E é preciso zelar para que essa formação seja forte e “adequada”.

Portanto, o gerenciamento dos interesses ditos privados é de responsabilidade da família. É a partir de sua boa performance que o vigor do Estado é efetivado, assim como dela também depende o progresso da humanidade. Segundo PERROT (2009), a família é essencial na produção, afinal ela assegura o funcionamento econômico do Estado. Igualmente é a família que está no cerne da transmissão patrimonial.

No âmbito da reprodução, é na família que a produção de crianças é reconhecidamente vista, respeitada, sancionada e assegurada. É aí que as crianças terão contato com uma primeira forma de socialização: na aprendizagem de um *habitus*, de uma língua e de um conjunto gestual característico e cheio de significados locais; na percepção das noções de cidadania e civilidade; no acesso a uma consciência nacional; no acesso aos rituais simbólicos e culturais, assim como aos valores estabelecidos e à memória de um agrupamento social específico e do qual faz parte. Para PERROT (2009) a família é, do mesmo modo, um nome, um sangue e um patrimônio material e simbólico que é herdado e transmitido dentro de uma rede de pessoas. Desta forma, a herança é uma agenda de relações, um capital simbólico de reputação e posição social, um estatuto.

Dada a multiplicidade de definições e panoramas em torno da família, privilegiei a perspectiva mais histórica e sociológica. Isso ajuda a situar a família enquanto instituição no espaço e no tempo. Como afirmou SEGALLEN (1981), a dimensão histórica privilegia a modéstia no sentido de tomar um posicionamento menos totalizante nas interpretações sobre a família, o que possibilita uma investigação da variedade que apresenta e dos modos de organização e reprodução.

Durante os encontros com as mulheres desse estudo, o tema família sobressaiu de imediato, representando uma instituição de fundamental importância para todas elas. Tanto no contexto da vida anterior ao estabelecimento de sua própria família, como no contexto da

segunda família formada. Elas narraram a importância de se construir uma família, do desejo de formar uma família harmoniosa, onde prevalecesse o entendimento e o respeito mútuo entre pais e crianças.

“Fui conversar com a minha mãe, né? Porque eu sou assim: se eu tiver que tirar isso daqui pra cá [faz gesto com as mãos]... Se a minha falar “não tira”, eu não tiro. Nesta parte eu sou muito obediente, né? Sou muito de família, sabe?” (Maria Flor, 36 anos)

“A criança viva vai compensar qualquer dor, qualquer coisa, qualquer tudo que eu tô passando. E eu, que venho de família grande, vou ter minha família mais completa dando esse irmãozinho ao meu filho. Tô mostrando pra ele minha luta porque quero que ele tenha esses valores importantes da família com ele.” (Deise, 45 anos)

Como seria a constituição da família na visão delas? A resposta é uníssona: uma família só é verdadeiramente completa com a presença de minimamente três pessoas. Um casal e uma criança. O ideal seria a presença de mais crianças, mas como se encontram numa situação mais delicada, onde a busca de uma única criança se mostra um desafio pelo fato de serem esterilizadas, a presença de pelo menos uma criança toma ares de “necessidade”. Um casal sem filhos, por exemplo, não é reconhecido nem por elas, nem pela comunidade onde habitam ou pelos familiares, como uma família. Não passa disso: um casal. Eis um ponto interessante e que foi aparecendo aos poucos, com o decorrer mesmo do estudo. A maternidade está intimamente atrelada ao desejo de família no caso específico dessas mulheres. Haveria certo desencantamento da relação matrimonial caso a possibilidade do nascimento de uma criança não encontrasse qualquer lugar nos planos do casal. A ideia e esperança de que a família um dia ficará “completa” no futuro, faz emergir força e coragem para enfrentarem todas as etapas do protocolo de reprodução humana num porvir, pois elas intuem e suspeitam das dificuldades desse tratamento e, ao mesmo tempo, o empenho nessa busca da gravidez acaba por se transformar num projeto de vida em si mesmo. Em outras palavras: a partir do momento em que se inscrevem no serviço em busca do tratamento de FIV, o trabalho, o lazer e outros setores da vida delas, passa a ocupar lugar secundário em seus discursos: tudo gira em torno da obtenção da gravidez.

“Apóiam [a família na decisão de fazer FIV]. Todo mundo sabe que uma família não pode ser só eu e ele! Falta alguma coisa, falta nosso filhinho, um filho nosso. Um homem e uma mulher junto é seco, não tem graça...” (Perpétua, 39 anos)

“Eu quero! A minha filha está com o quê? Com 18 anos. Daqui a pouco ela casa e eu fico sozinha? Nós dois velhos? Ah não! Isso não é família não! É só dois velhos ajuntado junto, ué!” (Violeta, 38 anos)

“Eu, por mim, tinha uns dois, três filhos a mais. Gosto é de família grande, de bagunça, de fralda pra lavar, de cheirinho de neném. E vamos ter esse de proveta, mas eu adoto também numa boa.” (Rosa 42 anos)

“O meu marido atual, ele não tem nenhum filho. E é louco para ser pai.” (Perpétua 39 anos)

Entretanto, através do discurso delas, fica evidente que esse desejo não é solitário, mas compartilhado e construído. Esse desejo aparece quando, após certo tempo de casamento, elas passam a atribuir importância ao fato dos maridos não terem exercido a paternidade: a maior parte delas contraiu segundo matrimônio com homens que ainda não vivenciaram a paternidade, fato que elas consideram fundamental na vida dos indivíduos.

“O meu atual marido, não tem filhos ainda. Pra nossa família ficar completa, feliz, precisamos dessa criança. Nós queremos muito, é o sonho dele e o meu também. Eu já sou mãe, mas ele não sabe o que é ser pai e isso é muito triste. Se eu posso fazer alguma coisa, eu vou fazer. Eu tô correndo atrás disso. E eu quero muito dar esse filho para o meu marido. Ele merece, ele é um homem bom”. (Gardênia, 38 anos)

6.4 De um lugar para o outro: a casa

“A house doesn’t make a home, don’t leave me here alone...”³⁰

A família, fundamentalmente, nasce numa casa. É preciso um espaço físico para que ela se estabeleça e, posteriormente, cresça. O aprendizado de modos de habitação adquirido na casa dos pais geralmente se reproduz, mesmo que as condições climáticas e físicas sejam outras, de outro Estado.

Como foi afirmado anteriormente, a maioria das mulheres que fez parte desse estudo, veio da região Nordeste, algumas de povoados, bem no interior do Estado. Sendo, frequentemente, educadas no ambiente rural, ao chegar à metrópole, se deparam com outros modos de morar, de construção de casas, de desenho das ruas, de conformação de ambientes. Por mais que tivessem visto nos programas televisivos do dia a dia, o encontro com o equipamento urbano é sempre permeado por um misto de espanto e alegria: a vida urbana vai começar. Há uma valorização implícita da vida cotidiana fora do ambiente rural. Mesmo que, de início, as condições sejam precárias. Algumas mulheres, ao chegarem a São Paulo, ficaram um tempo hospedadas na casa de parentes e/ou amigos. Não encontrando dificuldades em obter um trabalho, elas logo entravam na cota (da família ou dos amigos) das despesas da casa, bem como enviavam parte dos ganhos para a cidade de origem, onde os filhos ficaram com seus pais.

“Foi sofrido no começo, na casa de parentes, mas pagando as contas do mesmo jeito. Era da família, mas tinha que contribuir no final do mês e ainda mandar o de comer pras minhas [filhas]. Mas sabia que estava fazendo o melhor, pois numa cidade como essa a vida é muito melhor que no interior.” (Margarida, 36 anos)

“Depois eu vim pra São Paulo, né? Fiquei, no começo, na casa de três amigas da minha cidade. Lá, nossa família toda se conhece, mora perto, viu todo mundo crescer. O apartamento delas era apertadinho, mas cabia todo mundo e uma delas já tinha conseguido um trabalho pra mim. Então era garantido de pagar as coisas. Estudando, trabalhando,

³⁰ “Sometimes you can’t make it on your own”, letra: Bono Vox, U2, cd: How to dismantle an atomic bomb, 2004 – “A casa não erige o lar, não me deixe aqui sozinho...” (tradução livre).

um monte de coisa, aí conheci uma pessoa...” (Hortênsia, 33 anos)

Território privado, sustentáculo da ordem social e fundamento material da família, a casa aparece como espaço de realização dos projetos de vida das mulheres desse estudo. Antes da construção do desejo de nova maternidade, elas construíram o lar, materializado na casa. E esta é sempre descrita com muita empolgação, pois ela representa o que elas chamam de “verdadeira casa”. Como o primeiro casamento, em geral, não foi planejado, todos os desdobramentos dele são avaliados, no presente, como menos legítimos, incluindo aí também o local de moradia.

Após a boda, as mulheres despenderam algum tempo com a construção da nova casa. Essa construção foi tanto literal, quanto simbólica: algumas afirmaram que a construção da casa se deu durante o quarto final do namoro, perto da cerimônia de casamento; outras disseram que a construção foi finalizada quando já se encontravam morando na residência; outras, ainda, foram morar na casa do marido. Em qualquer uma dessas circunstâncias, houve uma espécie de reestruturação no interior da casa, seja na decoração, seja na redistribuição dos cômodos, e outras “mudanças imperceptíveis”. O que fica em relevo é a subdivisão dos espaços do interior da casa, que evidencia os planos do casal que se forma: há o quarto da criança, mesmo que ela ainda não tenha nascido.

“Uma casa simples, mas nossa, toda ajeitadinha depois que fui pra lá, porque você sabe que casa de homem é toda sem jeito e a gente tem um toque todo especial, né? Hoje eu tenho um relacionamento estável. Hoje eu tenho uma profissão.” (Íris, 30 anos)

“Eu sinto a necessidade de uma nova criança em casa. Eu tenho vontade. E a casa já tá até pronta esperando esse bebê, porque nós construímos a casa pensando no nosso filho junto. Eu fico sonhando com o lugar do berço, do armário, dos brinquedinhos dele.” (Magnólia, 30 anos)

A casa é um elemento de fixação, onde a ordem dos aposentos revela uma vida e tem uma moral. Desde o século XIX a casa é assunto de família, representa o lugar de sua existência, mesmo ponto de encontro entre as gerações. É, igualmente, a casa um local de referência em caso de separação dos pais: a depender dos desdobramentos de um possível

divórcio, ela poderá representar um “pedaço” de moradia das crianças que, além da casa que habita a maior parte do tempo, possui outras “casas-rede”: da mãe, do pai, da madrasta, do padrasto, do irmão mais velho, do novo relacionamento dos pais etc.

A casa encarna a ambição do casal e reflete seu sucesso: quando é adquirida por meio de compra, o casal angaria um novo status frente aos familiares e amigos residentes do interior do Nordeste. É na casa que o casal pode planejar o estabelecimento de um lar³¹. E ter um lar significa ter autonomia, pois é uma propriedade particular, objeto de investimento e estabelecimento, sobretudo na economia do Brasil, onde a moradia é um dos requisitos de herança.

“A gente tem a nossa casa, que é nosso bem e a gente queria deixar pra um filho nosso, né?” (Maria Flor, 36 anos)

A casa tem ainda a conotação do “ser daqui”, do espaço de onde se fala. Ao adquirir uma casa num bairro de periferia, o casal, mesmo sendo de outras regiões do Brasil, informa à sociedade que não está disposto a partir, que agora pretende fixar moradia nesse lugar, pretende “ser daqui”; pretende formar uma nova família, cuja descendência será de São Paulo. Tem início a construção de uma nova identidade, muito embora os ecos da terra de origem se façam presentes, seja no sotaque, seja na disposição e resolução de problemas.

“Não é por causa disso [do erro médico ocorrido no diagnóstico do filho]³² que vou embora de São Paulo, não de jeito nenhum. Eu moro e vou morrer aqui, não volto mais pra minha cidade. Mas o que eu quero dizer é que errar é humano e todo mundo erra. Se esse erro fosse no interior, iam dizer que era porque era cidade de interior. Mas foi aqui em São Paulo, maior cidade.” (Deise, 45 anos)

“A gente já tem a casa da gente, humilde, mas tem. Uma casa gostosa, cheia de amor. E é nesse lugar que a gente quer que nossa criança viva. A gente tava querendo ter

³¹ Esse termo – *lar* – tem origem no inglês *home*, que passa a ser difundido por volta de 1830. Ver PERROT (2009).

³² Logo após o nascimento do seu primeiro bebê, Deise ouviu do médico um diagnóstico, que posteriormente, se mostrou equivocado: o bebê seria portador de hemofilia em grau leve. Em decorrência do entendimento dela, frente às explicações do médico que acompanhou o caso, foi aconselhada a fazer laqueadura.

nossa família aqui mesmo, tudo certinho, a criança crescendo e estudando aqui mesmo.” (Gardênia, 38 anos)

A casa, portanto, é um espaço privilegiado de percepção das visões de mundo dessas mulheres. Ela reflete seus valores e também seus projetos de vida, nesse contexto de “rearranjo” familiar. Nos encontros suas falas eram sempre repletas entusiasmo ao descrever o momento de suas vidas que estavam vivenciando, seus planos e perspectivas.

6.5 “Agora estamos prontos...”: constituindo uma nova família

Vencida a etapa de aquisição ou construção da casa propriamente dita, chega-se ao momento de outra construção: a da *nova* família. Impregnada de noções idealizadas de composição familiar, a *nova* família expressa toda esperança de redenção das mulheres ouvidas nesse estudo, pois ao escutar os discursos, fica a impressão que todos os “erros” cometidos na tenra juventude serviram de base para o aprendizado e para a valorização do que agora vão construir junto ao novo companheiro.

Assim, falar em constituição familiar entre as mulheres que estão, indistintamente, à espera de um tratamento de reprodução humana é sinônimo de ver “olhos brilhantes” e muito entusiasmo. Entre as mulheres esterilizadas, o tom da conversa tem contornos ainda mais especiais, pois é entrar no assunto que todas gostam demasiado: a *nova* família. Impregnada de fantasias, a família na visão dessas mulheres vai realmente começar agora, ficará completa com a chegada do “bebê de proveta”.

Uma *nova* família. Este bebê, apesar de engendramento e constituição diferenciados, da “estranheza mesma da concepção”, será legítimo, consanguíneo e vem como complemento ao núcleo familiar que estava quase perfeito, não fosse sua ausência.

“Veio aquela necessidade, né? De constituir uma nova família com ele [atual marido] também” (Rosa, 42 anos)

Discurso que se repete com cenários diversificados, o das mulheres esterilizadas que buscam um tratamento de reprodução humana, coincide quando as experiências com a família constituída anteriormente são narradas: imaturidade ao entrar no primeiro casamento,

dificuldades financeiras, gravidez precoce e violência doméstica. Muitas afirmavam, inclusive, que o casamento parecia ser solução pra violência familiar sofrida e representada na figura do pai: para escapar à violência paterna, algumas mulheres saíram de casa na esperança de colocarem termo nas surras a que eram submetidas para dar vazão a fúria paterna. Entretanto ao estabelecerem casamento, viam-se novamente em situação de violência com troca de algoz: agora era o marido que as surrava e, em algumas circunstâncias, até incentivados pelo pai, como relatou Gardênia.

Sendo o *habitus*³³ correspondente a uma matriz, determinada pelo lugar social do indivíduo, que lhe permite pensar, ver e operar nas mais variadas situações, além de traduzir estilos de vida, julgamentos políticos, éticos, morais, de onde vem esses ‘*novos modos de família*’? De que *família* se está falando?

Falar de família no Brasil é confrontar-se com uma colcha de retalhos: há contribuições de civilizações diversas, com adaptações peculiares e, de modo geral, sempre legitimadas pelo Estado e pela Igreja. Além disso, a cada virada de século, cada sociedade se defronta com mudanças “paradigmáticas”, “definitivas” e “devastadoras”, onde mesmo a noção de família é colocada em xeque. Com os adventos tecnológicos no campo da reprodução, muitos aspectos polêmicos são levantados por estudos tanto no campo das ciências da saúde, quanto no campo das ciências humanas: saúde pública, medicina, biologia, sociologia e antropologia³⁴. Concepções e ideias antes tidas como verdades inquestionáveis migram para o campo da incerteza, o que (re) coloca a temática como pauta relevante para a compreensão dos fenômenos da sociedade atual.

As transformações histórico-culturais que acompanham as noções de família apontam um deslocamento permanente dos lugares de poder, anterior e, mormente, patriarcal e que, gradativamente, vai sendo distribuído entre os membros economicamente ativos dentro da casa. O ingresso massivo e constante das meninas e mulheres na escola com a posterior conclusão de cursos no segmento superior foram muito importantes nessa caminhada. Aos poucos, as mulheres foram preenchendo espaços ociosos na esfera pública da vida social, embora ainda ocupando importantes espaços na vida de alcova. Essa mudança é também influenciada pelos movimentos de mulheres frente aos avanços tecnológicos que permitiram uma regulação da vida sexual e maior inserção no mercado de trabalho.

³³ BOURDIEU (1979).

³⁴ LUNA (2007), PORTELLA (2007), SOIHET (2003), TAMANINI (2003), CORREA (2001).

Tal mudança acaba por provocar transformações na ordem familiar de outrora, alcunhada por muitos de tradicional, a chamada *família nuclear*: esposa, marido, crianças consanguíneas (em algumas circunstâncias, crianças adotivas claramente nomeadas), além de avós, tios e primos; como exemplo de conformação mais difundida, e ainda presente no imaginário de todas as camadas sociais, mesmo que as realidades objetivas estejam em muito apartadas desse modelo. Atente-se que reduzir a família a tal modelo empobrece a discussão e a compreensão de outras formas de organização familiar³⁵. Além disso, a realidade não se apresenta exatamente dessa maneira: as famílias vão se organizar de modo mais ou menos próximo a esse modelo *nuclear* dependendo das condições sociais, culturais e materiais de que dispõem. E mesmo quando as recomposições familiares³⁶ se estabelecem, vão reproduzir o padrão de organização interna semelhante ao da relação anterior. Por mais que afirmem que o segundo casamento em nada lembra a experiência anterior, as mulheres revelaram essa reprodução de padrão quando fizeram alusão ao relacionamento dos pais como modelo, uma vez que todas elas são provenientes de famílias onde, até sua geração, não houve a vivência do divórcio.

“(...) porque isso de separação não tinha na minha família. Eu fui a ovelha negra lá de casa, como dizem por aí, porque eu larguei dele.” (Dália, 38 anos)

³⁵ CASEY (1992).

³⁶ THÈRY (1995), CADOLLE (2000).

E como estava disposta a família dessas mulheres? No painel abaixo, pode-se ter um panorama geral de sua organização:

QUADRO 1. Caracterização das mulheres segundo número de filhos e situação familiar

As mulheres	Total de crianças	Total de crianças vivas	Irmãos (entre vivos e falecidos)	Situação conjugal dos pais
1] Acácia	2	2	13	Casados
2] Camélia	2	2	4	Casados
3] Dália	2	2	4	Casados
4] Deise	1	1	10	Casados
5] Flora	2	2	5	Casados
6] Gardênia	2	2	3	Casados
7] Hortênsia	2	2	8	Casados
8] Íris	3	3	6	Casados
9] Jasmim	6	4	9	Casados
10] Magnólia	2	2	6	Casados
11] Margarida	2	2	8	Casados
12] Maria Flor	2	2	4	Casados
13] Perpétua	1	1	25	Casados
14] Petúnia	2	2	5	Casados
15] Rosa	3	3	2	Casados
16] Violeta	3	1	11	Casados

Elas são, em sua maioria, provenientes de famílias numerosas, tendo experimentado vivências com muitos irmãos, na mesma medida em que não vivenciaram a separação ou divórcio dos seus pais. Talvez aspectos esses mais característicos da situação rural.

Esse Brasil camponês, assim como das classes menos favorecidas, por exemplo, possui traços característicos que nasceram no pensamento católico do século XVIII, com uma hierarquia familiar de papéis claramente definidos. Há uma divisão de papéis fundada,

sobretudo na divisão dos gêneros. Entretanto se se observar um pouco mais de perto, haverá a constatação de que as funções estão misturadas, assim como suas conformações. Existem muitas mulheres que estão cuidando dos lares sozinhas nas mais diversas situações. Assim como existem pequenas redes de amparo que não são necessariamente pautadas pela afinidade sanguínea, mas pela cotidianidade e amizade. O cuidado se espalha a despeito de quem é ou não família³⁷. Já o Brasil da outra extremidade, mais abonado financeiramente, com acesso à educação e ao trabalho, bem como aos bens culturais, embora tenha alguns traços semelhantes, sobretudo no que diz respeito à divisão das tarefas domésticas, possui outra dinâmica familiar, com apoio logístico de auxílios no campo doméstico diversificados (empregadas, faxineiras, babás etc.), mais aberta, com uma maior emancipação feminina pelo acesso aos métodos contraceptivos e pela convivência massiva com o divórcio. Disso resultou, gradativamente, uma reconfiguração familiar, com novos arranjos, nem sempre evidentes ao primeiro olhar.

Somente a título de exemplo e que é no mínimo curioso, cito as cada vez mais correntes “famílias numerosas”, que são acomodadas nos novos contextos: mulheres e homens divorciados que constituem novas famílias juntando as crianças da relação anterior de cada um, às nascidas depois do novo casamento. Com a aproximação e estreitamento do convívio cotidiano, os descendentes de cada um dos componentes do casal, não tendo nenhum laço consanguíneo em princípio impeditivo por conta do incesto³⁸, podem contrair matrimônio entre si, o que nos traria um quadro de esposa e marido que possuem irmãos em comum. Futuros “tias/tios” de pai e mãe³⁹. De que família está-se falando? É possível apreendê-la e descrevê-la tal qual ensaiou Durkheim⁴⁰?

Provavelmente não; entretanto, como esse clássico pensador apontou, é irrefutável que a família tenha papel fundamental, na estruturação da sociabilidade do indivíduo. Afinal é ela quem proporciona a aprendizagem do que é permitido e proibido, das leis, de normas sociais que conduzirão os indivíduos no cotidiano de cada contexto social. É na família que se coloca a experiência precoce da divisão sexual do trabalho e a representação legítima dessa divisão⁴¹. No movimento de propiciar a socialização das normas, a família, igualmente, legitima as

³⁷ Foi citado anteriormente que muitas das mulheres desse estudo chegam a São Paulo para ficar na casa de amigas, recebendo delas apoio, suporte emocional e, muitas vezes, indicação para consecução de um trabalho formal.

³⁸ HERITIER (2004).

³⁹ Idem.

⁴⁰ DURKHEIM (1975).

⁴¹ BOURDIEU (1998).

atitudes e papéis sociais. Como se tivesse escrito recentemente, Durkheim⁴² afirma que a família não é nem mais, nem menos perfeita, ela é outra porque as circunstâncias são outras. Elas são mais complexas porque os ambientes são mais complexos.

6.6 *Os meus e o nosso: recomposição familiar e a nova família*

Nos últimos 30 anos, o aumento significativo do número de divórcios e separações conjugais seguidas de novos relacionamentos, colocou em evidência uma situação que necessita de novos estudos para compreensão e mesmo legalização de estatutos, situação essa, totalmente nova: a das famílias “recompostas”. Quem são os indivíduos que a compõem? Eles têm algum direito formal dentro do esquema familiar? Por outro lado, quais seriam seus deveres? E aqui se está falando das madrastas, padrastos, enteadas (os) e outros que passam a conviver no seio familiar, mas que não têm nem mesmo um termo que os nomeie no cotidiano da vivência familiar.

A ideia de família como a difundida no imaginário da população em geral, sendo triangular, com presença de pais e filhos, mostra-se cada vez mais distante das realidades do mundo ocidental, assim como também se mostra um fenômeno que cresce no Brasil.

Segundo THÈRY (1995), os re-casamentos – ou segundas núpcias – tiveram certo incentivo da sociedade, num primeiro momento, com a função de “normalizar” as famílias, principalmente em virtude das guerras e do alto número de viúvas e viúvos que dela resultaram. E as viúvas, com crianças para alimentar e educar, eram as mais encorajadas a encontrarem outro marido e novos casamentos eram arranjados para que suas crianças pudessem ter uma educação “adequada”, com a presença de uma mãe e de um pai.

Nesse contexto histórico, o aparecimento das famílias recompostas era tolerado pela sociedade em geral como um “mal menor”, afinal, as crianças não podiam ficar abandonadas. Outro aspecto era a expectativa de que essa família recomposta lembrasse o máximo possível a família “normal”, em virtude e em discrição⁴³.

⁴² DURKHEIM (1975).

⁴³ Ver THÈRY (1995), p. 14

O século XX chega apresentando mudanças nos comportamentos da sociedade e, uma delas, é que o divórcio passa, pouco a pouco e de modo crescente, a ser a primeira razão das segundas uniões. Essa família recomposta de meados e fins do século passado, diferentemente dos seus primórdios, cujos indivíduos entravam para “ocupar” um lugar vazio, agora tem nesse mesmo indivíduo outra perspectiva: ele entra para agregar, passa a ser mais um elemento dentro de uma rede familiar. Esta, no momento da segunda boda, vai representar não mais apenas familiares do segmento materno e paterno; mas entraria em cena a rede da (o) nova (o) parceira (o) de um dos pais. Tal indivíduo representaria uma tentativa de recomeço, uma possibilidade de felicidade na vida matrimonial; talvez mesmo consertar os problemas havidos no primeiro matrimônio: nesse caso, não há a falta de um dos pais, apenas a ausência física cotidiana, que será preenchida pela (o) madrasta/padrasto⁴⁴. Nesse caso, tem-se não mais uma família recomposta como outrora, mas antes, uma família de substituição, seja da mãe, seja do pai. Persiste ainda o desejo de que a família seja “normal”, porém ao contrário dos primeiros tempos, onde havia a falta de um dos cônjuges, nesse novo contexto há uma “sobra” de pessoas ligadas à família.

Esse fato trouxe, no bojo dos anos 1980, 1990 e início desse século, uma avalanche de mudanças que foram aumentando em número e complexidade de formações, cuja característica principal é o abandono da perspectiva de família enquanto célula e uma aproximação desta enquanto rede. Quando o casal se divorcia e entabula uma nova relação matrimonial, as crianças da primeira relação passam a ter mais de um lar e de uma casa. E, se novos matrimônios forem contraídos, a depender das relações estabelecidas, esse número de casas tende a aumentar para três, quatro ou mais.

Para THÈRY (1995) principalmente duas questões sobressaem nessa discussão: a primeira diz respeito às funções, deveres e direitos dessas pessoas que contraem casamento com um cônjuge que vem de outra relação com uma ou mais crianças. O que lhes cabe? Quais são suas responsabilidades junto a essas crianças?

A segunda é ainda anterior: qual o termo a se utilizar para se referir a essas pessoas no seio familiar, no cotidiano? Como se dirigir a essas pessoas, nomeá-las? Se não tem um nome,

⁴⁴ Por falta de outro termo para me referir aos homens que contraíram matrimônio com as mulheres que fizeram parte desse estudo, utilizarei esse termo “padrasto”, muito embora o dicionário tenha outra definição para esse verbete: “*s.m. homem que casa com mulher viúva, nas suas relações de parentesco com os filhos desta havidos em matrimônio anterior* (fem.: madrasta)”. Ver: <http://www.dicio.com.br/padrasto/> (consultado em 31/07/2010).

não tem um lugar... Não há uma legislação específica sobre essa seara no Brasil, do mesmo modo que ocorre na França, e as famílias (recompostas ou substituídas) têm caminhado e solucionado as questões, cada uma ao seu modo. Em algumas circunstâncias os encaminhamentos tem parecido ser razoáveis, mas em outras, a justiça se vê frente a um confuso quebra-cabeças⁴⁵, difícil de resolver. As saídas encontradas, através das atitudes e comportamentos que se inventam nas famílias recompostas são flutuantes, incertas e não tem reconhecimento social. As madrastas e padrastos são convidados a pensar e criar um lugar ainda inédito no seio familiar, com papéis, deveres, mas igualmente direitos.

6.7 Nova família

Até o momento em que o casal vive sozinho, sem crianças (pois em algumas circunstâncias as crianças das mulheres entrevistadas moram com os avós no Nordeste, por exemplo) é reconhecido pelos familiares e amigos, como casal. É um casal apenas. E em assim sendo, permanece sem visibilidade aos olhos de todos. Na família recomposta o fato das crianças virem da relação anterior da mulher, elas são percebidas como destacadas do atual casamento. Isso significa dizer que o casal ainda não é visto como uma família, talvez como uma família “não muito legítima”, ou seja, permanecendo, como elas mesmas adjetivaram, “invisível”.

⁴⁵ Recentemente, tomei conhecimento de um processo jurídico, que está em andamento na Justiça e que era no mínimo curioso, além de doloroso: fruto de um relacionamento de sua mãe com um namorado com quem viveu por um tempo, a criança *ABC* acabou sendo registrada pelo homem que se tornou, posteriormente, marido de sua mãe. Tempos depois, e já com irmão desse casamento, sua mãe divorciou-se do homem que a havia registrado, tendo ele que pagar duas pensões alimentícias: a do filho biológico e a da outra “filha” que registrou em seu nome de família. A mãe de *ABC* iniciou um terceiro relacionamento e *ABC*, a primeira filha, tinha agora três lares: do pai biológico, do padrasto e da mãe e seu namorado. Passado outro tempo, o padrasto conheceu outra mulher e com ela se casou. Inconformada com os poucos ganhos do marido sendo divididos entre a nova casa e o pagamento de duas pensões alimentícias da relação anterior (já que ela própria não tinha outra família, casou-se solteira), ela o convenceu a entrar na justiça para retirada de paternidade da menina *ABC* que agora, ela sabia, não era filha biológica dele. A retirada da paternidade implicaria não apenas no fim do pagamento da pensão alimentícia, mas também na exclusão do nome de família dele do sobrenome da menina, que passaria a ser *AB*. Por outro lado, o pai biológico de *ABC*, também já se encontrava em novo matrimônio, com duas outras crianças, sentiu-se confuso e pressionado a assumir compromissos (pensão alimentícia, herança) com a filha primogênita, alegando que só a via, quando muito, nas férias... A história toma ainda contornos mais intrincados, quanto mais se delineia a situação, mas paro por aqui para imaginar os sentimentos da criança *ABC*, frente a tantas mudanças familiares e tantas pessoas que entram e saem da sua vida: pai, padrasto, namorado, pai verdadeiro, pai de criação, irmão por parte de mãe, irmão por parte de pai, irmão do irmão por parte de pai! Como nomear essas pessoas todas? Por exemplo: meio-irmão? Semi-irmão? Meio-pai? Quase-pai? E qual o lugar dela nessa trama? Ficam confusas as pessoas, ficam perdidas as crianças.

“Porque eu vou falar, as pessoas não vê a gente, sabe? Parece que a gente é um casal e não família só porque a gente não tem filho. Meus filhos estão com meus pais. Por causa disso que eu quero realizar o sonho da gente.”
(Acácia, 36 anos)

E isso acontece por quê? Porque na cultura do mundo ocidental, o direito se encarrega da inscrição genealógica que se conhece: pai é aquele que o Direito designa como tal. E essa designação é acompanhada por um conjunto de direitos, deveres e proibições⁴⁶. Mãe, pai e descendência caracterizam uma família. Não apenas aos olhos do Direito, mas também aos olhos da sociedade. Se não se tem descendência, se tem o quê? Um casal, e só isso, como dizem em uníssono as mulheres desse estudo. Elas compõem casais que são “invisíveis”.

Por isso a inscrição genealógica (sou filha de e de) é tão significativa e vai além das designações de quem é quem no cotidiano familiar: aponta um indivíduo que pertence a uma família. Todas elas fizeram questão de deixar claro que vieram de famílias “normais”, estruturadas⁴⁷. Assim como deixam em relevo também a transitoriedade do estatuto de “simples” casal, que elas estão vivendo apenas “provisoriamente”.

As mulheres relataram que os familiares, de parte a parte, entendem que as crianças que circulam, quando acontece de irem morar com o casal, pertencem tão somente às mães. A família não estaria completa porque ele, o marido, não conheceu ainda a paternidade. E para que esse estatuto mude, é necessário que, a despeito das dificuldades emocionais, psíquicas, físicas e/ou financeiras, o casal empreenda esforços para formar uma “família de verdade”, completa, mesmo que as crianças dela compartilhem a casa. Há certa pressão social sentida por elas e que as mobiliza no sentido de buscar ajuda e tratamentos de reprodução humana assistida com a meta de conseguir uma gravidez. A criança simboliza uma representação atávica de legitimação familiar, de reconhecimento social do estatuto de família. Ecos de um período antigo onde era a partir do casamento que a sociedade iria reconhecer como pai o homem cujos filhos nascessem da esposa. Época em que o cerne do casamento era a presunção de paternidade: pai é aquele que as núpcias designam; igualmente época em que os deveres de fidelidade e de vida comum, aliados à indissolubilidade do matrimônio fundiam, em um, três componentes do parentesco sobre uma única pessoa. A ordem social que foi e é

⁴⁶ Ver THÈRY (1995), p. 104

⁴⁷ Elas compõem a ala das exceções na família, como acima foi chamada de “ovelha negra”, Dália, a primeira a se separar do marido na história familiar entre seus parentes.

composta pelo direito, mas também pelos hábitos, normas e valores, garantiam, na maioria dos casos, que o indivíduo que “as núpcias designam” era efetivamente o pai e assegurava sua função, dentro de casa, de dar um nome, além de ser também responsável em educar uma criança, ainda que de modo mais tangencial.

E hoje? Como se configura esse painel? Segundo as mulheres a situação não mudou muito. A maioria das famílias se regula segundo o esquema construído por aquele modelo matrimonial de outrora. Esposa, marido e crianças. Essa é ainda a forma de ver e entender a família enquanto agrupamento social, segundo elas. E THÈRY (1998) complementa: “Hoje, finalmente, independente da situação jurídica do casal, é o nascimento de uma criança que cria socialmente a família. (...) Casal e filiação continuam a definir a família contemporânea.” (P. 42 – tradução livre)⁴⁸.

E essa filiação deve ser, na maior parte dos casos (senão preferencialmente), consanguínea. Vê-se, dia após dia, que tal como ocorria no passado, quando a Igreja como instituição era inquestionável e assegurava as relações matrimoniais consideradas legítimas, hoje a sociedade a substituiu pela ciência. Todo um aparato tecnológico tem sido construído e aperfeiçoado, para dar as certezas e as comprovações necessárias aos problemas que se colocam à sociedade nos diversos campos de ação dos indivíduos, estando também a família aí incluída. Por exemplo, em caso de ruptura (como num divórcio precoce), e posterior recomposição familiar, na busca de encontrar o verdadeiro “pai” da criança, a investigação se dará através de um exame biológico. O hoje difundido exame de DNA⁴⁹ assegura aos indivíduos uma suposta paternidade “verdadeira”, com comprovação científica (sobretudo quando bens materiais e de herança estão em jogo). Em última instância, ele dará o veredito final sobre a paternidade da criança, quando em muitas situações essa paternidade, no cotidiano, é exercida por outrem não reconhecido: nem jurídica, nem socialmente.

Talvez seja preciso compreender que as questões que se colocam no dia a dia, as circunstâncias mesmas da família, não se resolvem com a coleta e a análise sanguínea simplesmente. Os laços que se constroem no âmbito social são bem mais complexos e delicados de desatar. Talvez seja preciso ampliar o espectro da análise para além de uma

⁴⁸ “Désormais, finalement, quelle soit la situation juridique du couple, c’est la naissance d’un enfant, qui crée socialement la famille. (...) Couple et filiation continuent de définir la famille contemporaine.”

⁴⁹ Abreviação de ácido desoxirribonucléico, tradução de ADN – desoxiribonucleic acid.

compatibilidade sanguínea e ver o indivíduo como um todo, inserido numa rede de relações sociais, mas também afetivas.

Além disso, as representações das famílias recompostas mudaram de modo acelerado, tal qual ocorreu com o divórcio. A efemeridade das uniões se tornou um fenômeno social de grande amplitude e, correlativamente, cresceu também a exigência da manutenção dos laços entre a criança e cada um de seus pais.

6.8 Nova família, novos arranjos: os padrastos “quase-pais”

*“Le mari de ma mère
Le père de ma demi-soeur
Pas le frère de ma tante
Ni le fils de ma grand-mère
Qui est-ce? Qui est-ce?
Qui est-ce? tic tac tic tac
C'est ton beau-père!”⁵⁰*

Existiria outra forma de exercício de parentalidade possível fora da tríade acima citada: mãe-pai-criança biológica? As mudanças que vêm ocorrendo no contexto da família têm mostrado que sim. O aumento significativo tanto no número de divórcios, quanto no número de casamentos no Brasil, demonstra que as recomposições familiares não são uma situação de exceção, ao contrário, necessitam inclusive atenção dos legisladores. Até porque, os indivíduos que vivenciam o cotidiano numa família recomposta tem reservas, cada dia que passa (ora maiores, ora modificadas), acerca do exercício do papel de “verdadeira” família para uma criança que veio de uma relação anterior de um ou dos dois componentes do casal. O desafio que se impõe dia a dia e com frequência cada vez maior é, como foi dito anteriormente, dar um nome e um lugar no âmbito familiar e social aos padrastos (e madrastas). Ainda que se preserve a especificidade do parentesco genealógico, há que se pensar em alternativas de inclusão desses novos indivíduos dentro da configuração familiar.

Alternativas que devem ser bem desenhadas, uma vez que a chegada desse novo membro dentro do círculo familiar não é vivida sem modificações em um conjunto de laços e lugares, incluídos aí os que pareciam – ao olhar da criança – os mais seguros possíveis.

⁵⁰ “*Air de famille*”, Alain Schneider, Album: *Midi a 14 heures*, 2005 – “O marido da minha mãe, pai da minha meio irmã, não é irmão da minha tia, nem filho da minha avó, quem é? Quem é? Quem é? Tic tac tic tac... É o teu padrasto!” (tradução livre).

Portanto, a recomposição frequentemente, é vivida como uma forma de desestruturação dos lugares e das referências. Quando a ordem simbólica que legitima o lugar de um ou dos dois pais da criança vacila, cada adulto se torna uma ameaça para ela. É por essa razão que as recomposições familiares supõem também que sejam restituídos, no seio de um conjunto ordenado, os lugares da parentalidade⁵¹.

Essa parentalidade cujos indivíduos carecem de um termo específico, também nasce das relações que se constroem no cotidiano do seio familiar e, por não possuir uma definição, deixa os padrastos na berlinda: nem parente, nem amigo. Uma dupla negação que mostra bem os limites e a delicadeza do tema. Padrastos e enteadas (os) sabem que não se elegeram uns aos outros, mas que precisam se reconhecer mutuamente para viver juntos com alguma harmonia. Não se é padraсто e enteada (o) do dia para a noite, mas ao longo de uma vivência e de um processo complexo de entrosamento no qual ambos se aceitam mutuamente.

Portanto, o papel de padrastos e enteadas (os) não é endossado espontaneamente. É um papel de composição que se constrói num tempo e por vontade. Papel difícil, eivado por sentimentos tais como rancor e ciúmes, cuja legitimidade não cessa de ser reconquistada. Por essa razão os limites são duros de ser fixados e precisam do consentimento dos outros membros da família, precisam do reconhecimento dos familiares.

“Eu falei: “Mãe, coitado, né? Não tem filho. A minha filha chama ele de pai (...). Eu conversei com a minha mãe (...) e ela já me deu a bênção, né? Então amém. Se minha família aceita ele, minhas filhas, então eu vou [buscar tratamento de RHA].” (Maria Flor, 36 anos)

Desconhecido do Código Civil, sem direitos e sem deveres, o padraсто sabe que a negação legal do exercício do seu papel dentro da família, o fragiliza. Seria importante se houvesse uma forma de reconhecimento do seu papel e garantias, em caso de infelicidade/separação. Esse silêncio jurídico brasileiro, tal qual ocorre na França segundo THÉRY (1998), contrasta fortemente com a realidade, onde centenas de padrastos se responsabilizam por uma ou mais crianças, contribuindo em sua educação e sustento, além de nutrirem laços afetivos por vezes muito fortes e importantes para ambos. É através da preservação da relação da criança junto aos seus pais que esta poderá reconhecer o padraсто

⁵¹ THÉRY (1998).

como aquele que pode dividir com os pais a responsabilidade do cuidado, da educação, de um *habitus* e de transmitir as relações inter-geracionais.

No momento em que foi realizada essa pesquisa, todas as mulheres estavam casadas de acordo com o Código Civil. Do total de dezesseis, nenhuma delas estava na terceira união matrimonial. Casaram-se no máximo duas vezes. Duas delas permaneciam casadas civilmente com o primeiro cônjuge; embora não tivessem vivenciado momentos de violência junto ao marido, que as levassem a separação, tal qual ocorreu nos relatos das outras quatorze mulheres do estudo, que sofreram agressões verbais e físicas, foram alvos de outros tipos de violência: a primeira com o diagnóstico equivocado por ocasião do nascimento do primeiro bebê, que a levou a fazer a cirurgia de ligadura de trompas – uma forma de violência institucional; a segunda, que entrou na sala de parto para ter seu terceiro bebê e de lá saiu esterilizada – um tipo de violência “legitimada” pelo exercício de um papel socialmente estabelecido, o de marido, portanto, responsável pela saúde da esposa. Essa atitude arbitrária do marido associada ao desconhecimento da esposa em relação a uma decisão que incide diretamente no corpo da mulher é um bom exemplo do domínio masculino⁵² que vigora nos interstícios dos microcosmos institucionais.

E entre essas quatorze mulheres que estavam em sua segunda união, apenas uma casou com um cônjuge que tinha tido um relacionamento anterior e que possuía dois filhos, muito embora ele tivesse perdido o contato com as crianças depois da separação. Segundo Rosa, ele nunca mais visitou as crianças porque a ex-companheira proibiu suas visitas. Mesmo tendo buscado amparo da justiça, ele se viu vencido pelas grosserias e inconstâncias da ex-esposa. Alegou que sofreu no início, mas depois compreendeu que as crianças “são da mãe mesmo”:

“Também ele disse o que tudo mundo sabe, né? As crianças são sempre da mãe e é difícil de tirar dela, então ela faz sempre o que quer.” (Rosa, 42 anos)

As treze restantes, todas, estavam sendo a primeira experiência de casamento dos maridos. E nenhum desses tinha crianças, portanto, iniciaram a vida matrimonial numa “família semi-pronta”: com uma esposa que cuidava das crianças dela. De perto ou de longe, a depender das circunstâncias.

⁵² BOURDIEU (1998).

Desde o namoro que posteriormente se transformou em casamento, alguns desses homens, ainda que de modo distante, começaram a experimentar a paternidade: saíam com as namoradas e, algumas dessas vezes, acompanhados das crianças dela⁵³. Era uma relação distanciada, mas desde aí com pistas do que seria uma parentalidade, do que seria o cuidado, um cotidiano sob o mesmo teto, as responsabilidades com a educação de uma criança e/ou adolescente. Segundo as entrevistadas, nenhum desses namorados, que se tornaram maridos, colocou obstáculos a relação por conta das crianças. E eles eram informados da existência delas logo de início. Esse é um dos aspectos que tem bastante relevo no discurso delas: a informação sobre a maternidade preexistente.

“Aí foi uma decisão muito difícil pra mim. Vir de lá [de Recife]. Deixar as minhas filhas lá e vir morar aqui em São Paulo. (...) elas [as filhas] são minhas por responsabilidade financeira, entendeu? (...) E o primeiro dinheiro que eu recebo eu faço transferência pra conta da minha mãe. Eu posso não ter dinheiro pra comprar um pão, mas o dinheiro das minhas filhas é obrigação minha. Minha mãe não tem obrigação ela já faz muito cuidando das minhas filhas. Então, é obrigação minha ter esse dinheiro.” (Flora, 36 anos)

“Deixei meus filhos com meus pais, na minha cidade, mas eu é quem cuida deles a distância mesmo, mandando tudo que eles precisam.” (Gardênia, 38 anos)

E elas têm histórias pitorescas para contar a respeito⁵⁴. Isso porque – todas fizeram questão de sublinhar num ou noutro momento da entrevista – todos os companheiros tinham ciência da situação familiar delas, da existência das crianças, desde o primeiro contato amoroso, às vezes até mesmo antes:

“(...) quando eu comecei a me relacionar com ele, bem no comecinho, ele queria [uma gravidez] e eu não queria. “Eu não quero. Tá louco moleque? Você é louco!” (...) Depois,

⁵³ Isso para as que moravam com as crianças. Muito embora, as mulheres que tinham as crianças morando com os avós, faziam visitas periodicamente acompanhadas do noivo, posteriormente marido, também tendo esse algumas vivências sazonais de parentalidade.

⁵⁴ Como Magnólia cujo marido já cuidava das crianças dela ainda quando namoravam; é também o caso da Maria Flor e da Jasmim.

mesmo assim, ele pegou o pacote completo [ela como esposa e suas duas filhas], e consciente que eu não ia poder dar um filho pra ele.” (Maria Flor, 36 anos)

As observações dessas mulheres a respeito do comportamento dos companheiros durante nossos encontros foram tão frequentes, que, além dos objetivos traçados inicialmente, decidi tratar tangencialmente a temática do padrasto, pois considero importante a discussão sobre o papel desse indivíduo nessa *nova* família. Outro fator que contribui para a importância do seu lugar nesse novo arranjo familiar é que ele pode aí permanecer ou não, a depender dos desdobramentos do tratamento de fertilização *in vitro* a que suas esposas se submeterão. O sucesso do tratamento resultará numa mudança de status: de padrasto a pai. A *nova* família irá contar, assim, com os filhos do primeiro casamento dela e, possivelmente, com a criança que “legitimará”, segundo as mulheres, essa relação *nova*.

“Ele me ajudou um pouco com meus filhos e agora queria ter os dele. Que a única mulher que ele quer para ser mãe dos filhos dele sou eu, a esposa que ele escolheu pra casar.”
(Jasmim, 41 anos)

O fenômeno contemporâneo das recomposições familiares, cada vez mais recorrentes nos dias atuais, tem suas raízes em tempos muito antigos, na Europa cristã, como referido anteriormente. Os motivos das recomposições familiares eram outros, bem certo, sobretudo, a morte de um dos companheiros. E o casamento do cônjuge que sobreviveu buscava sua legitimação através do nascimento de uma criança, fruto dessa nova relação⁵⁵.

Essas recomposições remetem à questão das definições mesmas de família. Acima, viu-se que as famílias têm no imaginário das mulheres desse estudo, inspiração burguesa, moderna, nuclear. Do mesmo modo, até pouco tempo atrás, a noção de família se confundia com a da casa; hoje, com as recomposições familiares, isso mudou. Os filhos de casamentos desfeitos possuem mais de uma casa, em outras palavras, mais de uma referência paterna e materna que vão se mesclando e criando novas concepções e contornos de família.

CADOLLE (2000) define “re-casamento” como sendo a família que se torna uma constelação mais ou menos complexa e, sobretudo, bi-diferenciada na história: de uma parte a

⁵⁵ GOODY (2001). O autor esclarece, ainda, que as recomposições eram mais frequentes em Roma, porque o divórcio acabava por aumentar sobremaneira essas recomposições familiares.

dimensão genealógica da filiação; de outra parte a atualidade do vivido relacional. Ela integra assim, ora a perenidade dos laços incondicionais de parentesco, ora a liberdade dos laços do cotidiano afetivo, sendo o passado o fator determinante das relações entre os novos componentes da recomposição.

THÈRY (1995) expõe a dificuldade em encontrar um lugar para o padrasto na família porque tal lugar perturba a fronteira admitida como natural entre dois tipos de laços de sociabilidade fundamentais: o da parentalidade e o da amizade. Para ela, o laço do padrasto se situa como uma parentalidade fronteira à amizade. Ela lembra da *philia* grega, onde se confundia, como em toda sociedade comunitária, a parentalidade e a amizade. Progressivamente até o fim da Idade Média, os “amigos eleitos” vão sendo distintos dos “amigos carnavais”. Os amigos vão sendo diferenciados dos parentes. As definições, então, se encaminharão no sentido de aproximar os parentes, unidos pelos laços de sangue ou de aliança e cujos laços irão implicar em direitos e deveres.

Já a amizade exclui toda idéia de dever ou obrigações; ela repousa na liberdade de escolha e de rompimentos, não estando guiada por leis civis. Diferentemente, o parentesco é necessariamente indissolúvel, fundado na ordem de nascença, e está bem registrado nas leis brasileiras.

Isso me leva a pensar no quão paradoxal é o lugar ocupado pelo padrasto nessa pesquisa, uma vez que, segundo as narrativas, no momento em que ele se casa com uma mulher, ela possui filhos. Desse modo, os novos filhos não seriam, em princípio, a condição da nova relação. Ele inicia a relação tendo ciência de que entrará para ocupar um lugar que não é o de pai, muito embora vá, possivelmente, exercer uma parentalidade; em segundo lugar, ele possui um laço familiar fundado numa aliança (o casamento), porém, ao mesmo tempo não dispõe de elementos que o autorizem a se encarregar da educação das crianças existentes, senão pela via da amizade, que não foi fruto de escolha livre e espontânea. As crianças vieram como um “pacote extra”.

CADOLLE (2000) complementa dizendo que “é dentro de uma dinâmica onde passamos de estranho na família a padrasto, onde se é reconhecido com tal pelo enteado”⁵⁶.

⁵⁶ CADOLLE (2000), p. 107 – tradução livre de: “Mais c’est dans une dynamique que l’on passe de la condition d’étranger dans la famille à celle de beau-parent où l’on est reconnu tel par le bel-enfant”.

Outra questão relevante nessa discussão é a falta de uma autoridade legitimada pela sociedade, que permite ao padrasto a construção de uma relação diferenciada da relação de parentesco, pois será pautada na cumplicidade junto aos enteados, baseada no humor, na escuta e na amizade. A sociedade espera dele a imposição de alguma autoridade frente à (ao) enteada (o), no entanto observa-se que essa é uma arena delicada, uma vez que há um número significativo de limitações nesse exercício de autoridade. Os limites podem ser observados nas ações cotidianas: a liberdade maior no exercício da autoridade consanguínea, é aquela em que o sangue comum “garante” o afeto que cimenta a relação; no caso do padrasto, não há essa garantia *a priori*, estando ele num terreno movediço, onde uma atitude tida como um pouco mais “radical”, um castigo dado com um pouco mais de ênfase, pode fazer resvalar toda relação entre padrasto/enteada (o), para um campo de constância bélica. Isso coloca em evidência o fato de que em nossa cultura as representações dispersas nas relações cotidianas separam radicalmente parentesco de amizade⁵⁷.

“São pessoas assim amáveis [os filhos do primeiro casamento]. Boas de conviver, de você bater um papo, de você... São amigos, inclusive do meu marido agora. Se dão bem. Todos os dois são muito amigos meu.” (Camélia, 43 anos)

Disso decorre que ser padrasto é exercer um papel e ocupar um lugar, pensados como sendo específicos: ele é tido ora como um “parente” adicional na rede familiar; ora definido através da negação. Não é o pai, não é tio, como também não é estranho... É difícil definir o papel e o lugar do padrasto na nova composição familiar. Portanto, antes de buscar junto a nova esposa uma criança fruto de um arranjo biológico que o coloque no lugar de pai e então proporcione a ele cartas mais favoráveis no jogo do exercício da autoridade em casa e na educação de todas as crianças da casa, ele terá que tatear e “inventar” um papel. Esse é, aos olhos da sociedade e nessa situação específica de espera, um lugar de transição que não possui normas precisas, tampouco regulamentação jurídica.

“Ele é super brincalhão com a minha filha, lógico porque é mais fácil estar no lugar dele, né? Só farra, não tem birra, nem encheção de pai: ele é todo amigão dela, defende ela e ela adora ele” (Hortênsia, 33 anos)

⁵⁷ Idem.

6.9 Na esteira da economia da *nova* família: novos/velhos dilemas

Família, *nova* família, recomposição familiar, parentalidade, questões que circunscrevem o universo das mulheres desse estudo. São assuntos que elas demonstram prazer em conversar, divagar, especular. Em longos trechos, em algumas entrevistas, elas se deixaram levar por suas próprias elaborações, como se o tempo existente em seu cotidiano para isso fosse exíguo. E é, igualmente, interessante vê-las no momento da fala, formatando definições, retomando conceitos ancestrais e arriscando outros.

Um aspecto ressaltado pela maioria delas é que estariam dispostas a recomeçar uma *nova* família tendo em vista que suas condições financeiras estariam melhores. Como que completando o arsenal dos argumentos levantados que justificariam a busca dessa nova gravidez – maturidade, experiência, entre outros – o aspecto financeiro viria reforçar a ideia de que nada mais falta para completar essa *nova* família a não ser a criança.

“Agora não, sou mais mulher, mais madura, tenho condições de dar uma vida boa pra esse filho, pois minha vida tá melhor em termos, assim, de dinheiro mesmo. Depois que casei com ele, pude ter uma vida mais melhor, então se eu tiver um filho agora, ele não vai passar necessidade.”
(Margarida, 36 anos)

“Assim, quando eu tive os meus filhos, eu não podia dar nada pra eles. Eu não podia comprar roupa pra eles. Não pude direito fazer o enxoval dos meus filhos. Não tive nada disso. Hoje não. Hoje eu posso. Hoje eu quero, entendeu?”
(Íris, 30 anos)

O segundo casamento parece ter proporcionado uma melhora no nível de vida material delas. Apesar de cada vez mais as mulheres ocuparem lugares importantes no mercado de trabalho e parcela significativa delas ser hoje considerada “chefe de família” em muitos lares, em camadas mais populares a entrada em cena do padrasto tende a melhorar os padrões materiais da casa. Isso é decorrente da situação da mulher no mercado de trabalho atual. Ainda que as diferenças tenham atenuado, os homens ainda possuem salários diferenciados e isso constitui uma luta no campo do direito das mulheres. Sendo os salários dos homens, em geral, maiores que o das mulheres, isso vai se refletir no novo arranjo familiar: a mulher

chega à casa do novo marido com suas crianças e este a recebe livre de outros encargos, pois ou bem nunca havia contraído matrimônio, ou bem estava solteiro à época do enlace. Nesse contexto, o bebê viria para consolidar a união, dando um gradiente na garantia da relação.

“Me aceitou com duas crianças. Eu trabalhava e tudo, mas tudo ficou melhor quando casamos, porque aí juntou o dele com o meu [salário]. E ele ali, bancando, que isso é uma coisa... Difícil, né? O pacote completo assim [ela como esposa e suas duas filhas], e consciente que eu não ia poder dar um filho pra ele.” (Maria Flor, 36 anos)

Até o momento da segunda boda, os recursos delas serviam para gastos com manutenção própria e das crianças. Porque mesmo na situação em que as crianças moravam com as avós, eram elas que davam suporte financeiro ajudando nas contas do fim do mês da casa. Sendo assim, a presença do novo marido representou, para essas mulheres que participaram desse estudo, melhora no nível econômico da vida da *nova* família. Essa situação permanece durante um tempo, com o novo marido sendo “o outro pai/padrasto/amigo” das crianças da relação anterior.

“Ele tem 37 anos de idade, nunca teve uma mulher, a primeira fui eu. Ele não teve filho e apesar disso, ele foi homem pra me ajudar com os meus [filhos], acabar de criar eles” (Jasmim, 41 anos)

6.10 Os filhos do outro: como se fosse um pai

Para uma parcela importante dessas mulheres, portanto, a presença do padrasto em casa, na constituição da *nova* família, representou uma elevação do nível econômico, com mais acesso a bens materiais, dentro da vida familiar.

Outro aspecto interessante nessa discussão de melhora do nível econômico é o fato dos padrastos serem percebidos pelos enteados como uma pessoa generosa. CADOLLE (2000), igualmente, observa esse fato em seu livro, fruto de pesquisa desenvolvida na França. Tive a oportunidade de encontrar circunstâncias muito semelhantes no meu campo de pesquisa, onde

as mulheres definiram o marido como generoso, uma vez que mesmo tendo conhecimento da difícil situação econômica delas, obrigadas a trabalhar para sustentar os filhos, assumem o relacionamento com a proposição do casamento. Uma vez casados, elas vivem na companhia dos filhos, do novo marido e ele se responsabiliza pelos gastos do lar, inclusive os gastos com o vestuário dos enteados.

“Ele [o atual marido] não tem filho. Mas ele é como um pai pros meus, cuida de tudo e não falta nada.” (Magnólia, 30 anos)

A vida da mulher que vive sozinha com suas crianças é, frequentemente, caracterizada pelas dificuldades materiais, segundo relatado nas entrevistas, e o encontro amoroso com um novo homem, no contexto das mulheres que entrevistei, transforma a *“pastorinha em princesa”*, pra fazer uso da imagem oferecida por CADOLLE (2000)⁵⁸. Ele chega com seu salário, fato que muitas vezes permite a mulher deixar o trabalho para dedicar-se a casa. Por essa razão, os padrastos são descritos como muito generosos e nunca como mesquinhos.

“Essa pessoa é toda merecedora de ser pai. Ele é muito bom pra mim. Eu sou mais dona de casa, pois ele diz que eu não preciso trabalhar, ele cuida de tudo. Ele é uma excelente pessoa e com certeza vai ser ótimo pai. E eu quero dar essa criança, esse filho pra ele, então por mim também, saber o que é cuidar de um filho junto com o pai.” (Perpétua, 39 anos)

A moeda de troca dessa generosidade se reflete na divisão de tarefas domésticas: a mulher se ocupa mais dos afazeres da casa. Como acontece no que concerne às idealizações que cercam o imaginário delas sobre casamento, recomposição familiar, gravidez, no estabelecimento das relações matrimoniais como uma segunda oportunidade para alcançar o “êxito” enquanto agrupamento familiar há uma valorização subliminar da ideia de “mulher da casa”, de dona de casa. No caso das famílias das mulheres entrevistadas, a divisão sexual do trabalho toma as proporções tradicionalmente conhecidas: é ela quem se encarrega dos trabalhos domésticos, ficando o padrasto responsável pelos recursos que irão manter a casa. E

⁵⁸ CADOLLE (2000): “La vie d’une femme seule avec enfants est souvent grevée de difficultés matérielles et la rencontre amoureuse avec un homme transforme encore parfois la bèrgère en princesse. Le beau-père est celui qui permet bien souvent de garder le même appartement ou bien d’être logé dans de bonnes conditions” (p. 126).

eis a troca. Eis a negociação que não é expressa claramente em palavras ou contratos, mas que se constrói nas sutilezas dos movimentos rotineiros. Mesmo que a mulher tenha um trabalho fora de casa, como ocorre com a maioria das entrevistadas, a cocção dos alimentos, o bom andamento e limpeza da casa delas depende, e delas é esperado.

“Chego do trabalho em casa, cuido das coisas, da janta, das meninas e fica aquele vazio na casa. [pela ausência de um bebê]” (Rosa, 42 anos)

“Eu cuido de tudo [dos afazeres domésticos] e dou conta, mesmo trabalhando.” (Íris, 30 anos)

Porém, há algo que “diferencia” essa nova relação familiar da anterior: mesmo os trabalhos domésticos antes tidos como fatigantes e exaustivos no próprio discurso dessas mulheres, tomam outro significado, pois agora há a *nova* família. É preciso que a mulher “tome as rédeas” desse *novo* lar, dessa *nova* história que inicia. E “tomar as rédeas” tem a ver com reeditar e reproduzir comportamentos secularmente esperado da mulher: é ser, preferencialmente, exclusivamente dona de casa. Essa volta representa, nas entrelinhas dos discursos, uma volta a um lugar há muito desejado: a recomposição da família sugere, assim, um retorno ao *habitus*. Uma volta ao lar familiar de origem, onde supostamente e a despeito de todas as dificuldades encontradas, estaria a representação de certo sucesso do arquétipo ideal: crianças sendo educadas por uma mãe e por um pai, ligados por laços de parentesco legitimados pelo mesmo sangue. Um lugar perfeito, uma vez que essa relação com esse novo marido é assim adjetivada constantemente, não fosse a ausência do bebê – que, inclusive, já está sendo planejado em detalhes, mí(ni)mos.

A mulher aqui, segundo as narrativas e conversas da pesquisa, será auto-denominada “Amélia Moderna”⁵⁹, visto que trabalha fora, está num segundo casamento, planeja um filho que será fruto de novas tecnologias reprodutivas, mas não descuida da casa, lugar onde a família repousa em paz e harmonia. E é “natural” que tudo seja assim.

⁵⁹ “Hoje eu tenho meu trabalho, cuido da casa, sou uma Amélia moderna, né?” (Hortênsia, 33 anos).

LAQUEADURA

7. LAQUEADURA

7.1 Laqueadura, arrependimentos e esperança: quando o que parecia provisório é, na verdade, definitivo

Arte que começou na China por volta do ano IV a. C., a utilização da laca na finalização e acabamento de móveis trazia elementos inovadores naquele momento: a madeira rude dava lugar a verdadeiros objetos de arte, com motivos florais, fragmentos de histórias e motivos que marcaram a célebre dinastia Ming. A laca, verniz obtido através do refinamento da seiva de uma árvore⁶⁰, dava aos móveis, objetos e utensílios diversos (peças de uso diário, caixas, cofres, instrumentos musicais etc), aparência lisa e espelhada na superfície; os veios da madeira ficavam totalmente escondidos, tanto melhor fosse aplicada a técnica de sua arte.

A laca e a arte da laqueação tinham ainda outra função, além da beleza no manejo paciente de suas técnicas: a proteção das peças da corrosão e desintegração. Em outras palavras, graças a essa técnica, os móveis e objetos em geral, eram impermeabilizados, permitindo a longevidade e conservação das qualidades estéticas das peças, conservando seu brilho, suavidade e cor.

Num outro universo, num passado distante, brilho parecido podia ser observado no olhar da mulher – cuja prole parecia não parar de crescer, quando procurava um serviço de planejamento familiar e demandava a laqueadura: os problemas, todos, iriam desaparecer. A laqueadura simbolizava, nesse momento, liberdade. As dificuldades frente aos efeitos colaterais com os contraceptivos orais ou injetáveis, os problemas de negociação junto ao companheiro na utilização do preservativo, a falta de orientação ou mesmo desconhecimento no manuseio da camisinha feminina ou diafragma, as dificuldades em adquirir o DIU, todos os entraves iriam terminar com uma única intervenção cirúrgica. A resolução parecia simples, mas como muitos estudos tem mostrado desde os anos 1970⁶¹, a questão persiste distante de ter um desfecho.

⁶⁰ Entre outras, uma das mais conhecidas era a *rhus vernifera*.

⁶¹ VIEIRA (2007), CARVALHO *et al.* (2006), MOREIRA, ARAÚJO (2004), OSIS *et al.* (2006), FERNANDES *et al.* (2001), OSIS *et al.* (1999), DIAS *et al.* (1998), MINELLA (1998).

Segundo o dicionário⁶², o verbo laquear, do qual deriva tanto a arte como a intervenção médica, tem etimologias diferenciadas: a primeira, que concerne a arte, deriva da laca e significa, cobrir com laca, pintar com tinta especial ou pulverizar com laca; enquanto que a que diz respeito ao domínio médico, deriva do latim, *laqueo*: atar, prender, enlaçar, apertar um canal, cordão ou afim, para interromper ou para seccionar, encerrar.

Encerrar!

Como disse DURKHEIM (2008), para compreender uma prática ou uma instituição é necessário voltar o mais próximo possível das suas origens. O que é laqueadura, esse procedimento que tem uma nomenclatura tão particular na sociedade brasileira?

A laqueadura ou, ainda, a ligadura de trompas, é um método de esterilização feminina indicada às mulheres que não desejam ter filhos nunca mais. Esse método consiste em cortar ou ligar cirurgicamente as trompas, que unem os ovários ao útero. É um método tido como seguro e irreversível, uma vez que o risco de voltar a engravidar é de menos de 1%. Segundo a literatura médica, existem várias formas de executar a laqueadura, tais como: colocando anéis de plástico nas trompas; queimando as trompas; cortando-as, realizando o ligamento das trompas com fio de sutura, utilizando cliques de titânio, entre outros.

Em toda essa discussão, que fica entre o estritamente técnico e o prático, falta um aprofundamento também nos significados dos termos usados no cotidiano e que nomeiam as ações. Acrescentaria: que tornam as ações mais palatáveis. No dia-a-dia dos consultórios médicos dos hospitais brasileiros, não costuma ser dito que a mulher será esterilizada, mas laqueada. A palavra, como disse acima, originalmente remetida ao âmbito artístico, da beleza e do brilho, suaviza um procedimento médico que é essencialmente duro, definitivo, de cuja destreza médica⁶³ depende a mulher, caso futuramente venha a se arrepender da cirurgia a que se submeteu. Nesse caso, aqui também a técnica tem que ser bem aplicada, não para beleza estética, mas para diminuição dos danos.

No curso das últimas décadas, as características das mulheres que buscaram a esterilização como alternativa para colocar a vida reprodutiva a termo, sofreram algumas

⁶² Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2003.

⁶³ “Recanalização no contexto da Reprodução Humana” – Palestra proferida por Vilmon de FREITAS no 23º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana realizado em 26/11/2008.

mudanças. Na Europa, na década de 1940, por exemplo, as mulheres de estratos mais pobres e provenientes de famílias numerosas, eram as que mais frequentemente faziam a ligadura de trompas; na década seguinte, por volta dos anos 1950, as ligaduras pós-parto se tornaram correntes. E na década de 1960, com o aparecimento da pílula contraceptiva, pensou-se a princípio que o medicamento iria inibir o número de esterilizações⁶⁴. Entretanto, o que se observou foi que as taxas de busca da esterilização não sofreram alterações significativas, muito embora, diferentemente do Brasil, a Europa tenha um olhar mais desconfiado para esterilização, que é tida como um procedimento “negativo”, pois é associada à limpeza étnica. No caso do Brasil, o desdobramento se deu de modo semelhante, com a “defasagem” de uma década. Assim, num primeiro momento, por volta da década de 1970, as mulheres que aceitavam fazer a ligadura de trompas eram provenientes de classes mais pobres e com família numerosa, muito embora não pudessem arcar com os custos da cirurgia. O acesso era livre para as mulheres mais abonadas. No entanto, por ocasião de pleitos eleitorais, muitas mulheres conseguiam a cirurgia sem custos. Na década de 1980, os partos seguidos de cirurgias de esterilização se tornaram correntes⁶⁵. E, diferentemente da Europa, a esterilização no Brasil tinha contornos mais associados ao planejamento familiar, como uma forma de contracepção, e nome mais palatável, menos agressivo: todas queriam “laquear-se”. Também a laqueadura trazia consigo outro aspecto, um pouco mais silencioso ou conversado em tons de confiança de alcova: a liberdade de manejar a vida sexual sem a preocupação adicional da gravidez, uma vez que os fantasmas das doenças sexualmente transmissíveis já rondavam os universos das “relações livres”.

Mas, e os métodos contraceptivos? O que se pode afirmar deles nesse cenário? Segundo VIEIRA (2003), entre os anos 1986 e 1996, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) desse período, houve um aumento significativo no uso de contraceptivos, que colocou o Brasil no patamar dos países desenvolvidos. No entanto, a autora afirma que uma diferença podia ser percebida na escolha dos métodos contraceptivos: enquanto as mulheres dos países desenvolvidos faziam uma opção pelos métodos reversíveis, no Brasil se observou uma progressiva opção pela esterilização feminina. Ainda segundo essa autora, as taxas de esterilização feminina tiveram um crescimento menos significativo em São Paulo, ao contrário das regiões do Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país, com destaque para

⁶⁴ Ver NEYRAND (2004).

⁶⁵ Ver BERQUÓ: “*Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos à espera de uma ação exemplar*”; Nepo/Unicamp, julho, 1993 (trabalho apresentado no Seminário “A situação da Mulher e o Desenvolvimento”, organizado pelo Ministério das Relações Exteriores).

o decréscimo das idades no momento da esterilização. O quadro desse momento sugeria, portanto, uma intervenção mais radical no corpo feminino.

Segundo ALVARENGA e SCHOR (1998), o debate em torno da esterilização feminina, sempre permeado de polêmica, assim como o aborto e a contracepção no Brasil, passou a ter destaque no painel geral do país a partir de 1994⁶⁶.

O PNDS publicado em 2009, que analisava dados referentes à utilização dos métodos anticoncepcionais da década 1996 e 2006, aponta que houve um crescimento acentuado do uso de métodos contraceptivos ao longo da década, fato que foi considerado determinante no declínio da fecundidade no Brasil. Outro dado importante nessa pesquisa foi que, muito embora tenha havido um rápido declínio no número de esterilizações femininas, este procedimento prosseguiu como método de anticoncepção mais utilizado, sobretudo entre as mulheres com pouca escolaridade e renda⁶⁷. A esterilização cresceu com mais força até 1996, mesmo havendo legislação específica que coibia o uso indiscriminado da cirurgia para dar fim à vida reprodutiva. A lei restringe o procedimento cirúrgico aos casos onde há riscos para a saúde da mulher, como no caso dos partos cesáreos múltiplos, ou ainda nos casos em que há risco gestacional.

Por que a esterilização é um método tão popular? Essa alta demanda advém tanto da população geral, como entre os membros da profissão médica. Na Europa, por exemplo, por volta de 1967, a laparoscopia⁶⁸ enquanto método se generalizou. Os médicos a tomaram como procedimento seguro e rápido. Ela requeria apenas um check-up, era um procedimento pouco ou nada doloroso, além de menos oneroso. Do ponto de vista da usuária, todo o processo se passava num dia de hospital e com apenas duas pequenas cicatrizes, sendo assim um procedimento simples e seguro. Todos esses fatores em grupo agradaram bastante as mulheres, sobretudo as mais jovens⁶⁹.

Outra face da escolha da esterilização é que ela representa um descontentamento com os métodos contraceptivos disponíveis: muitas vezes, os médicos solicitam uma parada no uso

⁶⁶ P. 97.

⁶⁷ Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança / Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p. 87 – 104.

⁶⁸ A laparoscopia é um procedimento cirúrgico, minimamente invasivo realizado sob efeito de anestesia. Há casos que necessita do acompanhamento de um médico anestesista. Esse procedimento é utilizado para diagnosticar alterações na superfície dos órgãos ginecológicos. Consultar: www.gineco.com.br/laparoscopia

⁶⁹ Ver: Population Reports, série E, número 6, maio de 1982, E-4.

das pílulas, por exemplo, por conta dos efeitos colaterais relatados por elas, como: ganho de peso, mal-estar relatado nas consultas, dores de cabeça, náuseas, tonturas; ainda existem os casos das mulheres fumantes, cuja associação com contraceptivos é sabidamente desaconselhada pelas evidências no campo do desenvolvimento de cânceres e acidente vascular cerebral (AVC). Somado a isso, há ainda a busca pelos métodos reversíveis de modo independente, sem acompanhamento médico adequado: a rede de mulheres, seja da mesma família, seja da vizinhança, se organiza de tal modo a difundir as informações segundo o que algumas delas compreenderam do que foi dito pelo médico, do modo como interpretaram, sem levar em conta as necessidades específicas de cada uma delas, suas condições físicas, de saúde.

“Tive minha primeira filha com 15 anos. Aí a vizinha da mãe conseguiu uma cartela de pílula pra mim. Tinha 16 anos, era muito nova, cabeça avoadada com aquela menina pequena nos braços. Ela ensinou como eu devia tomar direitinho, um comprimido todo dia antes de dormir, mas e eu lá tinha cabeça pra aprender isso? Eu esquecia, depois tomava dois, três, quatro comprimidos de uma vez... Com 17 anos, engravidei da segunda menina” (Hortênsia, 33 anos)

Diante desse cenário pode-se ter uma noção do quanto um método contraceptivo é realizado de forma pouco prudente, ao mesmo tempo em que a decisão sobre qual medicamento ingerir e como ingerir, que método escolher para evitar a gravidez continua ao encargo da mulher. Ela deve ser responsável pelo controle da vida reprodutiva do casal. Faz parte das responsabilidades de quem se ocupa da casa.

Na presente pesquisa, nem todas as mulheres afirmaram ter buscado algum método contraceptivo antes da cirurgia de esterilização. Alguns depoimentos dão conta de uma gravidez seguida da outra justamente pela não administração responsável da vida sexual e reprodutiva, como pode ser observado no quadro a seguir:

QUADRO 2. Caracterização das mulheres quanto à idade, contracepção e laqueadura

As mulheres	Idades no momento da pesquisa	Métodos contraceptivos antes da laqueadura	Idade no momento da laqueadura	Possuía conhecimento sobre reversibilidade?	Porque a reversão não deu certo
1] Acácia	36	-	17	Não	Trompas extirpadas
2] Camélia	43	Pílula, DIU	22	Sim	Trompas danificadas, obstruídas
3] Dália	38	Pílula	25	Sim	Trompas extirpadas
4] Deise	45	-	26	Sim	Não tentou reversão
5] Flora	36	Pílula	26	Sim	Trompas extirpadas
6] Gardênia	38	Pílula	21	Não	Trompas extirpadas
7] Hortênsia	33	Pílula	22	Sim	Trompas extirpadas
8] Íris	30	Pílula	19	Não	Trompas extirpadas
9] Jasmim	41	-	22	Sim	Trompas danificadas
10] Magnólia	30	Pílula, DIU	22	Não	Trompas extirpadas
11] Margarida	36	-	18	Não	Trompas extirpadas
12] Maria Flor	36	-	27	Sim	Trompas obstruídas
13] Perpétua	39	-	24	Não	Trompas extirpadas
14] Petúnia	33	-	19	Sim	Trompas obstruídas
15] Rosa	42	-	33	Sim	Não tentou reversão
16] Violeta	38	-	24	A laqueadura foi feita a revelia da sua vontade	Não tentou reversão

Observa-se que das dezesseis mulheres que participaram do estudo, nove delas nunca fizeram uso de nenhum método contraceptivo antes da cirurgia de laqueadura tubária. Sequer aventaram a possibilidade de fazer uso, ainda que parte delas afirmasse durante a entrevista que tinha conhecimento “por ter ouvido falar” em pílula ou preservativo, por exemplo. Mas, alegaram imaturidade e falta de orientação. Sendo assim, acabaram por seguir conselhos maternos ou passos dados anteriormente por vizinhas, primas, tias etc.

“Tinha 19 anos de idade quando eu fui laqueada. E eu tinha três filhos. Minha mãe achou melhor que eu fizesse laqueadura” (Íris, 30 anos)

Existe também outra parcela das mulheres entrevistadas que justificou a demanda da laqueadura com a queixa das regras abundantes em virtude do uso do DIU, assim como cólicas menstruais. Outros métodos de barreira como o diafragma e o preservativo foram considerados como pouco confiáveis. O diafragma, por exemplo, quando foi citado, foi tido como difícil de usar, havia desconhecimento sobre o manuseio e desconfiança quanto à eficácia. No caso do preservativo, especificamente, foi considerado como algo difícil de negociar com o parceiro, sobretudo por questões relacionadas à confiança dentro da relação: se os dois estavam juntos e eram fiéis um ao outro, por que o uso do preservativo? Numa relação onde impera a fidelidade, prescindiria-se o uso de camisinha. Também foram mencionados preconceitos bastante populares, construídos socialmente, como a diminuição do prazer no ato sexual, e mesmo em questões relacionadas ao exercício de virilidade do parceiro.

“Eu ficava com medo, porque quando eu conseguia lembrar de tomar os medicamentos, num... Não me sentia bem, sentia dores, dor de cabeça, um monte de coisas, aí chegou uma hora que eu decidi fazer a laqueadura” (Hortênsia, 33 anos)

“(...) eu fiz a laqueadura. Porque ele [o marido] não me deixava tomar remédio. Ia comprar remédio para evitar e ele jogava fora. Então, eu não conseguia tomar o remédio durante esse tempo, porque eu fiquei com ele por quatro anos, quatro anos com ele, e eu consegui tomar uma cartela. Porque eu escondia e quando ele encontrava as pílulas, ele jogava fora” (Gardênia, 38 anos)

“Porque era assim, era rapidinho. Facilitou, era filho. Era rapidinho. Esqueceu o remédio um dia que fosse, acabou-se. Ali, já tava grávida” (Margarida, 36 anos)

“(...) eu também tinha problemas quando tomava remédios, eu passava mal” (Petúnia, 33 anos)

Interessa, igualmente, ressaltar nessa discussão o caráter da baixa taxa de reversibilidade da laqueadura frente aos outros métodos contraceptivos⁷⁰. A literatura médica aponta, em diversos artigos, assim como de diferentes formas, as dificuldades do procedimento de laqueadura tubária. Menos por sua eficácia e mais pelo extremo cuidado necessário ao ato cirúrgico em si: uma laqueadura feita às pressas, mal conduzida, ou ainda, executada por um profissional pouco experiente, resulta numa impossibilidade de reanastomose. Esta, por si só, já possui uma baixa taxa de sucesso⁷¹ “com bebê em casa”, pra utilizar expressão corrente no meio médico⁷².

No que diz respeito aos conhecimentos acerca do caráter definitivo da laqueadura, segundo as entrevistas, no momento em que elas procuraram um hospital demandando esse procedimento, quase metade delas afirmou saber que a escolha era definitiva, ou seja, tinham o conhecimento de que, uma vez operadas, jamais poderiam ter outra gravidez na vida. Algumas afirmaram, inclusive, que receberam explicação do médico sobre os desdobramentos da cirurgia. Essa afirmação em primeira hora sofre algumas alterações no discurso no decorrer dos encontros: seja porque, por exemplo, elas não conseguiram descrever o procedimento; ou, por afirmar saber desse caráter definitivo do procedimento, porém adiante expressarem alguma esperança de engravidar, porque viram na mídia televisiva casos de mulheres laqueadas que engravidaram; seja porque, talvez, elas não tivessem compreendido de fato o significado desse caráter definitivo do procedimento.

“Porque quando eu fiz a laqueadura eu realmente não tinha consciência do que eu tava fazendo. Não, não, não. Eu não tinha consciência porque eu fiquei aguardando sete anos para ver se eu ainda ia engravidar novamente [do segundo marido]. Sete anos!” (Acácia, 36 anos)

“Quando eu fui também pra [fazer] a laqueadura, não me foi esclarecido nada. Fui porque eu achava que no meu entender, que quando eu quisesse ter [outra criança] era só

⁷⁰ Ver CUNHA *et al.* (2007), FERNANDES *et al.* (2006), REIS *et al.* (2006), MACHADO *et al.* (2005), MARCOLINO, (2004), FAUNDES *et al.* (1998).

⁷¹ FERNANDES *et al.* (2001).

⁷² Expressão bastante comum no meio médico, “bebê em casa” significa que houve sucesso no procedimento que objetivava o nascimento de uma criança. Tanto no caso da reanastomose, como no caso da RHA, “bebê em casa” traduz o sucesso do procedimento. Muitas vezes, no decorrer do tratamento, a mulher pode engravidar, mas esse resultado positivo inicial apontado pelo exame de sangue, nem sempre representa uma gravidez que chegará a termo.

procurar [um médico]. Outras nem procuravam, porque quando a mulher engorda aquele nó se desfaz e eu achava que aquilo ia acontecer comigo. E eu estou esperando há doze anos” (Perpétua, 39 anos)

Essa é uma questão importante no âmbito emocional e psicológico do universo das laqueadas dessa pesquisa e talvez das laqueadas em geral: o caráter de permanência da laqueadura, do que é definitivo, daquela decisão da qual não se pode voltar atrás. Essa decisão ganha contornos mais dramáticos quando é pouco ponderada, tomada precocemente. No quadro acima, pode ser verificado que das dezesseis entrevistadas, treze delas tiveram um diagnóstico cuja reanastomose foi dada como um procedimento impossível de ser executado. A possibilidade de gravidez, no caso dessas mulheres, só pode ser viabilizada através da fertilização *in vitro*. Novamente fica em evidência a necessidade de alta destreza e conhecimento técnico na realização de um procedimento que é tido com corrente, corriqueiro. No decorrer desse estudo, a decisão precipitada somada a pouca destreza ou traquejo médico, indicou como resultado: tristeza, dor, arrependimento, sofrimento emocional.

No momento em que resolveu fazer a laqueadura, a mulher afirmou num espaço, contingência e num tempo, em sua trajetória de vida, que não queria mais ter filhos: nem naquele momento, nem no futuro.

“Eu achava que pra mim e pra ele tava bom dois filhos. Era duas meninas, mas pra nós tava tudo bem, era o ideal, eu acho, pra nós dois cuidarmos. Tive que apresentar um monte de documento pra provar que essa era a nossa decisão. E realmente era [a decisão mais acertada], na época era. Então fiz minha laqueadura na cesárea da minha segunda filha. Eu tava contente com a minha laqueadura” (Flora, 36 anos)

“Depois de tudo [da violência sofrida], pensei que ia passar o resto da minha vida sozinha com minhas filhas, então aquela era a decisão mais acertada: nunca mais ter filhos. Em hipótese nenhuma.” (Rosa, 42 anos)

Ainda observando o quadro acima, outro aspecto pode ser destacado: quando tomaram a decisão de fazer a cirurgia, as mulheres tinham entre 18 e 27 anos de idade. Isso significa

dizer que tinham menos de 30 anos de idade no momento em que entraram no centro cirúrgico. Pode-se pensar que essas mulheres teriam pela frente pelo menos quinze anos de vida potencialmente fértil.

Fica em relevo, portanto, um conjunto de razões que são complexas, tanto do ponto de vista da saúde, como do ponto de vista social: por todos os lados parece haver sofrimento. Para colocar termo numa vida reprodutiva que num primeiro momento se apresenta como um problema; recomeçar, anos mais tarde, uma vida afetiva, desejar retomar a vida reprodutiva e encontrar muitos percalços pela trajetória; buscar novas possibilidades de reconstrução familiar e materna frente à família e a comunidade.

7.2 Laqueadura e *habitus*

Habitus, segundo Pierre BOURDIEU (2002, 1979), é uma via de disposição à determinada prática de grupo. É a interiorização de estruturas objetivas do grupo social a que se pertence, o qual produz táticas, refutações, pensamentos objetivos ou subjetivos para responder as questões cotidianas que são colocadas pela reprodução social.

Em outras palavras, o *habitus* corresponde a uma matriz, determinada pelo lugar social do indivíduo, que lhe permite pensar, ver e operar nas mais variadas ocasiões. Ele traduz estilos de vida, julgamentos políticos, éticos, estéticos, morais. É também um modo de ação que permite elaborar ou desenvolver estratégias no plano individual, assim como no plano coletivo.

Nessa perspectiva, o que fica muito em evidência, em praticamente todas as entrevistas com as mulheres que fizeram parte dessa pesquisa, é que desde algum tempo, em gerações anteriores as das entrevistadas (as avós, as mães), uma espécie de *habitus* em torno da laqueadura foi sendo construído e cimentado no meio social onde essas mulheres nasceram, cresceram e, algum tempo depois, abandonaram. Mas mesmo tendo saído rumo à grande metrópole que é São Paulo, trouxeram consigo essas noções e definições acerca da vida reprodutiva, modos de agir, dinâmicas de tomadas de decisão. Condutas tecidas e testadas desde há muito, nas redes familiares e circunvizinhas de cada comunidade. Redes que foram se expandindo e cujas informações vão, no fio dos anos, tomando contornos de “cultura”, sobretudo em cidades do Nordeste do Brasil. Algumas delas voltaram, inclusive, às suas

idades de origem, para fazer a laqueadura, repetindo a história das mães e tias, principalmente em períodos eleitorais.

Logo, essa ordem simbólica social funciona como uma imensa máquina de signos, que tende a ratificar a laqueadura como melhor resolução no âmbito da contracepção: as evidências de primeiro momento parecem se sobrepor aos percalços de antes e depois da cirurgia.

Isso significa dizer que os cuidados com o pré-operatório, por exemplo, são minimizados, senão “invisibilizados”, com expressões tais como: “*o médico disse que era só um dia de hospital*” (Camélia); “*era rápido, eu internaria na noite de um dia e no dia seguinte já estaria em casa*” (Margarida). Não aparece no discurso das mulheres qualquer menção aos riscos que estão imbuídos em qualquer procedimento de natureza cirúrgica: possíveis reações alérgicas aos anestésicos, revezes no pós-operatório, exposições às infecções hospitalares etc. Mesmo que algumas delas tenham relatado em entrevista que o momento da cirurgia de ligadura de trompas em si tenha sofrido: elas não saíram no dia seguinte do hospital. Margarida, por exemplo, ficou internada por quinze dias:

“Onde eu operei mesmo foi em uma cidade próximo a Maceió. Lá é assim: tempo de eleição, você podia é... Qualquer coisa que você quisesse fazer, que você tivesse direito, você fazia. Fosse cirurgia. Era só falar: “Eu vou votar no candidato fulano e a minha família vai votar” e você fazia tudo. Foi o que aconteceu. Eu não fiz nenhum tipo de exame. Eu fui lá e me operei. Assim que eu me operei eu passei muito mal. Quase que eu morro, porque a anestesia quase me mata. Porque não tinha feito exames antes pra saber. Se eu tinha, seu eu tinha alguma alergia, o que não tinha... Quase morro, faltou nada. Eu passei... Eu fui pra passar um dia, dois dias [internada]... Eu passei 15 dias internada. Quase morro porque eu não fiz nenhum exame, não fiz nada. Eu deveria ter morrido.”

A sociedade de modo geral, mas mais especificamente a rede social a que pertencem essas mulheres, o meio familiar, constrói e propaga pensamentos e noções que atravessam o

cotidiano e as gerações, inaugurando “verdades” que parecem estar lá desde sempre. Parecem naturais.

“Na minha família as mulheres sempre fizeram [esterilização], já é automático e a gente sempre achou mesmo muito mais fácil: não quer mais filho? Laqueia!”
(Hortênsia, 33 anos)

Há, portanto, a percepção de um problema num dado momento, pontual, na trajetória de vida da mulher – *preciso parar de ter filhos* – e há a busca de uma solução cuja concretude atravessa a carne, o corpo. A laqueadura desejada como caminho de liberdade vai ser revelar, anos mais tarde, cárcere. Há uma ressignificação do mesmo evento, traduzindo a laqueadura tanto um processo de libertação, quanto de violência.

A intervenção cirúrgica vai ganhando um espaço cada vez maior com a difusão da noção de ser um procedimento simples, rápido e eficaz. Junte-se a isso, o fato de ter a cálida alcunha, no Brasil, de “laqueadura” e não esterilização. Termo cujas origens são bastante diversas, como referido anteriormente, e que remetem as mulheres a lugares simbolicamente bem diferentes: o primeiro à beleza; o segundo à aridez. O termo suaviza o sentido duro do procedimento e minimiza o mal estar tanto no universo das mulheres, quanto dos médicos. Sendo estes portadores do saber científico em primeira instância, os médicos poderiam fazer uso do termo apropriado ao procedimento, esterilização. Porém, no áspero cotidiano dos hospitais e dos gelados centros cirúrgicos, mesmo eles se furtam desse saber em nome de uma atenuação de ordem linguística.

Assim, a definição social de laqueadura, longe de ser um simples registro, ou outra forma de nomear um procedimento cirúrgico, é produto de uma construção executada ao preço de uma série de escolhas orientadas: através da acentuação de certos aspectos (rápido, eficaz) e do escamoteamento – ou exclusão forçada – de outros (irreversibilidade). Desse modo, ela toma seu lugar na rotina e na vida social das mulheres de modo naturalizado, sem suscitar maiores questionamentos.

O discurso que pode ser ouvido nos corredores do hospital e que reverbera nas palavras das mulheres legitima e perpetua uma noção que é uma construção social naturalizada. Mais ainda: o trabalho de construção simbólica não se reduz a uma operação estritamente performativa de nomeação; ele é concluído e completado numa transformação

mais profunda e durável dos cérebros, do pensar. É por meio de um trabalho prático de usos legítimos do corpo que tendem a excluir do universo da contracepção os métodos reversíveis (complicados, difíceis de usar, que requerem conhecimentos específicos, acompanhamento, entre outros) e oferecer a esterilização (muito mais rápido e “simples”)⁷³.

O *habitus* é um processo contínuo de incorporação de valores, de noções do que é ou não apropriado ou bom para o corpo, por exemplo. Logo, no Brasil, sobretudo entre as classes mais pobres, ele aparece sob a forma de cristalização da ideia da laqueadura como método contraceptivo. Esse procedimento cirúrgico não é utilizado apenas como ferramenta médica para situações mais delicadas e específicas (riscos que envolvam a saúde da mulher), mas faz parte da rotina dos consultórios de ginecologia nesse país.

7.3 “O fio cirúrgico da laqueadura é tão pesado!”⁷⁴

Nos encontros ocorridos com as mulheres no decorrer da pesquisa, muitas foram às formas delas se referirem à dor por terem optado pela laqueadura, um dia, em suas vidas. Foram expressões populares, conhecidas do público em geral, porém tão doloridas e originais como o título que abre essa sessão.

Essas expressões, carregadas de emoção, mas também de valor simbólico, reflexo de uma atitude tomada de modo intempestivo, servem para analisar a profundidade do sofrimento que a esterilização infringe nas mulheres que buscaram essa alternativa como modo de contracepção. Abaixo, algumas das expressões que emergiram do discurso delas e que chamaram atenção pela agudeza da dor marcada em suas expressões faciais ao falar:

⁷³ “A ação da formação que opera na construção social do corpo possui uma forma de ação pedagógica explícita e expressa”. (BOURDIEU, 1998, p. 37 – tradução livre).

⁷⁴ Rosa, 42 anos.

QUADRO 3. Significados da laqueadura

Palavras associadas à laqueadura
<i>“Arrependo-me amargamente”</i>
<i>“Jamais faria laqueadura novamente se pudesse voltar no tempo”</i>
<i>“Eu não me sinto bem de ter feito laqueadura”</i>
<i>“Arrependi porque queria tanto dar um filho pra ele e agora não posso”</i>
<i>“Tenho o sentimento de inutilidade. Sou inútil”</i>
<i>“Carrego em mim uma tristeza muito grande”</i>
<i>“O fio cirúrgico da laqueadura é tão pesado”</i>
<i>“O fio cirúrgico da laqueadura dói mais que a palavra nunca”</i>
<i>“Chorei muito. Deitei a cabeça no travesseiro e chorei muito”</i> [QUANDO SOUBE QUE A LAQUEADURA NÃO ERA REVERSÍVEL]
<i>“Quando minhas cunhadas ou amigas tinham filhos, estavam grávidas, isso era horrível pra mim porque lembrava da laqueadura que fiz”</i>
<i>“Laqueadura significa desânimo na vida”</i>
<i>“Laqueadura significa dor”</i>

Como se sabe, a vida reprodutiva da mulher é um complexo que envolve aspectos biológicos, psicológicos, culturais e sociais que se interpenetram e se interinfluenciam, de modo direto e indireto. Nessa seara, está inserida também a discussão sobre o gênero, de grande importância para a compreensão dos fenômenos sociais, como é o caso da laqueadura. Sabe-se que o planejamento da vida reprodutiva tem relação direta com a situação familiar, que por sua vez implica no ordenamento das funções reprodutivas. É preciso pensar no número e no cuidado com a prole. E a função específica de cuidado com a prole sempre foi associada ao universo feminino: cabe a mulher planejar, organizar e cuidar da vida reprodutiva, como se o homem não fosse um participante ativo, mas coadjuvante. Alguém que acata as ideias e decisões tomadas. Se ela não quer engravidar, que cuide de seu corpo...

Desse modo, a mulher detém uma atribuição simbólica importante: a ela são confiadas as responsabilidades da vida reprodutiva. As relações de gênero se personificam na esfera da reprodução. E essa estereotipação⁷⁵ da vida reprodutiva, desse lugar da mulher como tendo o “privilegio” de ser responsável é reflexo do papel tradicional da mulher, reproduzido pelas relações de caráter patriarcal também nos corredores dos hospitais. Em alguns congressos e jornadas no campo da reprodução humana, que tive a oportunidade de presenciar, houve

⁷⁵ No sentido de GOFFMAN (1988).

algumas discussões onde se levantou a possibilidade do desaparecimento das fronteiras entre as responsabilidades da mulher e do homem no processo de planejamento familiar, do cuidado com a vida reprodutiva do casal, uma vez que os dois eram necessários para o sucesso dos tratamentos de fertilidade de modo geral. No entanto, a força dessa estereotipação da vida reprodutiva tem se mantido, ao que parece, estável, apesar de todas as mudanças no campo reprodutivo (controle contraceptivo, novas tecnologias reprodutivas etc.).

A natureza geral das divisões de gênero nesse campo é bem estabelecida: mulheres e homens ocupam lugares diferentes. E essa diferença de “lugar” é perceptível nos corredores do hospital ou mesmo de postos de saúde, na seção de planejamento familiar, quando ao invés de casais, encontram-se mulheres sozinhas, ainda que ostentando alianças douradas na mão esquerda. São raríssimas as vezes em que o companheiro comparece junto a esposa num consultório médico com o intuito de decidir qual melhor método contraceptivo deve ser usado. Na maior parte dos casos, quando acontece deles estarem presentes com elas numa consulta médica, é devido a insistência do serviço em notificá-lo sobre a laqueadura a ser feita.

Segundo WAJCMAN (1998), dentro da discussão sobre gênero, é cada vez mais comum, por exemplo, a mulher ocupar lugares no mercado de trabalho que demandam habilidades específicas. No entanto, penetrar nas reservas masculinas tradicionais é outra discussão: “Nos empregos de alta tecnologia, como a programação as mulheres tendem a ser segregadas às posições inferiores na hierarquia das ocupações” (p. 219). O mesmo ocorre no campo da reprodução, onde há todo um discurso de mudança nas atitudes de mulheres e homens, há uma convocação no sentido de trazer o homem para a cena principal, para a arena das decisões compartilhadas; não obstante, na prática é ainda a mulher quem decide e toma as providências em relação ao futuro reprodutivo do casal e, por consequência, dela mesma. A laqueadura, assim, produto dessa construção cimentada no campo do simbólico, do sócio-cultural atravessado pela dimensão de gênero, surge nas palavras expressadas pelas mulheres na conjugação do verbo no presente, com traços de dor, angústia e muito sofrimento.

É por essa razão que os divórcios seguidos de um novo casamento acabam se tornando lugares-comuns de arrependimentos e/ou questionamentos em relação aos procedimentos realizados no passado⁷⁶. As mulheres se veem de volta ao desejo de formar novo núcleo

⁷⁶ Ver VIEIRA (2007), CARVALHO *et al.* (2006), MACHADO *et al.* (2005), FERNANDES *et al.* (2001).

familiar, porém a sociedade demanda legitimidade desse núcleo e ela, em seu repertório, afirma que essa família só se completa com o nascimento de uma criança.

“Queremos um filho na nossa família e tamos vendo, né? Vamos ver o que Deus vai fazer por nós, pra completar essa família” (Petúnia, 33 anos)

“Temos esse sonho de ter um filho juntos” (Hortênsia, 33 anos)

Ainda que a maioria das mulheres afirme, num primeiro momento, ser delas a decisão de fazer a laqueadura quando procurou o serviço médico, no decorrer das entrevistas e/ou em novos encontros, outras informações foram aparecendo. Então, por exemplo, a sugestão partiu do pai, ou da mãe, de algum parente próximo. O que considero importante ressaltar nesse ponto é a pouca participação do marido. Mesmo no consultório médico, quando da decisão da esterilização, o homem não participa, ainda que a lei expresse a necessidade da participação do marido no momento da decisão. Segundo a lei, o consentimento deve ser mútuo. Na maior parte dos países, o consentimento do companheiro não é exigido, porém espera-se que ele seja ao menos informado. Numa situação ideal, uma entrevista do casal junto ao médico seria o mais adequado tanto no que diz respeito às informações sobre os procedimentos mesmos, como no apoio posterior à cirurgia⁷⁷.

⁷⁷ “Critérios para a realização da esterilização cirúrgica (laqueadura e vasectomia), segundo a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996: Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II – risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

Se o arrependimento se manifesta após um processo de separação ou de divórcio seguido de retomada da vida afetiva através de outro casamento e renovadas promessas de composição familiar, a tristeza que abate a mulher tem pouca diferença da enfrentada pelo casal que nunca conseguiu filhos⁷⁸. Os questionamentos, a ansiedade, a espera, o sofrimento psíquico e emocional são, igualmente intensos.

“Eu acho que a única diferença é a gente trabalhar a expectativa, né? Principalmente quando chegar a hora do tratamento mesmo, porque a doutora disse que a ansiedade chega a atrapalhar o tratamento” (Deise, 45 anos)

“Aqui nesse grupo não tem quem não esteja ansiosa, querendo fazer logo esse tratamento. Mas essa ansiedade é de querer ver logo a barriga crescer de novo, passar por tudo aquilo de novo. E como dizem que o tempo conta, que o relógio trabalha contra nós, queremos que o nosso telefone toque logo dizendo pra gente ir ao hospital fazer o bebê” (Jasmim, 41 anos)

“O difícil, quero dizer, o doloroso nisso de ter filho de novo é ter que esperar... Se desse pra ser mais rápido, seria o ideal. O que a gente faz enquanto espera? É de dar nos nervos” (Hortênsia, 33 anos)

Algumas mulheres puderam usar a esterilização como meio de resolver problemas de ordem conjugal ou sexual no contexto da violência.

“Bom, o meu motivo, pelo qual eu fiz a laqueadura... Eu vou até me emocionar, porque... Eu não gosto nem de lembrar... Um dia, ele [O EX-MARIDO] invadiu minha casa, onde eu tava com minha filha e acabou... Acabou me fazendo mal, me estuprou e me bateu muito naquela noite. E aí foi embora” (Rosa, 42 anos)

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

⁷⁸ MOREIRA *et al.* (2006), CHAVES *et al.* (2002).

Às vezes, o recurso da esterilização foi usado como exercício de poder, tanto por parte do homem, ao controlar o número de filhos que o casal terá e com isso forçá-la a viver exclusivamente no lar sob seu controle e domínio; como por parte da mulher, que fez a cirurgia em segredo, não precisando mais recorrer aos contraceptivos orais.

“O meu marido mandou me operar quando eu tinha 24 anos, sem eu mandar, né? Quando eu acordei o médico falou: “Violeta você foi operada” e eu falei: como? E ele falou: “O seu marido pagou e você não vai mais ter filhos””
(Violeta, 38 anos)

Entre as mulheres entrevistadas, o discurso corrente sobre as razões pelas quais decidiram fazer a laqueadura girava em torno de situações de violência, de desavenças no contexto do casamento. A relação conjugal desgastada tinha como produto, o não desejo de filhos, tampouco do exercício da maternidade, tarefa principalmente ocupada pelas avós. Uma razão secundária, representada por sete mulheres do total de entrevistadas, é o caráter de incompatibilidade com as outras formas de contracepção: seja por conta dos efeitos colaterais das pílulas – todas as sete alegaram esse tipo de problema; incompatibilidade com o DIU, duas mulheres; dificuldades na negociação com o parceiro para o uso do preservativo e desconhecimento de outras formas de contracepção.

Algumas mulheres tomaram a decisão da esterilização por se sentirem incapazes de encontrar outra solução para seus problemas ou de administrá-los de outra maneira dentro do casamento. A falta de acesso aos anticoncepcionais, assim como a falta de informação sobre outras formas de contracepção são motivos que contribuem para o crescimento da procura do procedimento. Disso resulta uma precipitação, a escolha da esterilização como saída de conflito, e terá um custo alto no futuro, quando o arrependimento se manifestar sob forma do desejo de reconstrução de uma família e, por consequência, da maternidade.

“Eu resolvi laquear porque na época meu marido arranhou um filho na rua, né?” (Maria Flor, 36 anos)

“Nem me passou pela cabeça [fazer uso de métodos contraceptivos]... Lá no meu Estado é tudo politicagem, né? Então eu fui lá e pedi pra fazer laqueadura logo, pra me ver livre de ter mais filhos” (Perpétua, 39 anos)

O arrependimento aparece nas narrativas das mulheres quando estas se encontram numa situação familiar e social diferente, com novo casamento e melhora na situação financeira. Nessas circunstâncias o desejo de retomada da fertilidade parece se tornar mais forte. O desejo de recomposição familiar, de construção de laços com outro marido resulta no desejo de reconstruir a maternidade. Há uma esperança renovada, assim como a ideia ressignificada e recorrente de que agora a maternidade será plena: pela segurança afetiva que o novo relacionamento parece trazer, pela segurança financeira e pelo sentimento de maturidade que teria como resultado uma melhor “maternidade”, uma “outra maternidade”.

“Uma gravidez com a pessoa que amo, planejada. Minha nova família” (Camélia, 43 anos)

“Então hoje é tudo planejado com carinho, cuidado. Estamos esperando como se o bebê já tivesse pronto, só esperando pra chegar em casa. Porque eu vejo assim, a hora em que o bebê vai chegar em casa e o meu marido vai ser pai” (Margarida, 36 anos)

Essas mulheres, que moram nas periferias de São Paulo, encontraram a gravidez e seus efeitos muito cedo, em sua cidade natal. Não tendo acesso a orientações no campo reprodutivo, do seu corpo, outros partos se sucederam. Para que essa multiplicação fosse atenuada, acabaram cedendo ao apelo da laqueadura: sua eficiência já era, por assim dizer, cantada em verso e prosa pelas experientes mulheres da família e suas histórias de sucesso. Todas viam a saída cirúrgica como mais eficaz, rápida e desprovida de preocupações posteriores. Esse abdicar da vida reprodutiva dentro de um centro cirúrgico é construção social erguida lentamente, porém com muita competência. Um costume que se constrói, finca raízes e se propaga nos imaginários. A esterilização precoce, pelo menos para esse grupo específico, hoje parece ter trazido bem menos benefícios que os propalados por mães, avós, vizinhas, assim como pelo corpo médico.

REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

8. REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

8.1 Entre mitos e lendas: as tentativas de compreensão da concepção

*“Se um bichinho nasceu,
Já havia outro bicho maior.
Se esse bichinho cresceu, logo vem um menor (...)”⁷⁹*

Desde há muito, seja na mitologia grega, seja em outras mitologias, o desejo de maternidade aparece em diversas histórias, mitos e lendas: ora mostrando esse desejo como inerente à condição feminina; ora apontando um amor incondicional de mãe, ora negando-o. Abro esse capítulo narrando resumidamente uma dessas histórias, que particularmente chamou minha atenção, com o intuito de dar início a essa discussão entre o desejo de maternidade e os aparatos tecnológicos disponíveis para concretizá-la. É a história da amendoeira, que tem origem na história de Agdístis – filho de Zeus e de Agdo. Agdístis era um ser selvagem, indomável, de sexo e de desejo duplo, ou seja, possuía ambos os genitais. Ele fazia tudo desarrazoadamente, sem se afligir ou se importar com homens ou deuses. Com alegria cruel, matava, saqueava, destruía.

Esse comportamento incomodava os deuses que discutiam uma forma de reprimir tamanha insolência, de dar-lhe limites. Dionísio, então, tomou para si a tarefa de dar-lhe uma lição. Foi até a fonte onde Agdístis costumava saciar sua sede e trocou a fonte de água por uma fonte de vinho. Agdístis chegou até a fonte correndo, sedento, e bebeu com avidez o líquido de cor, cheiro e sabor estranhos e caiu no mais profundo sono. Quando percebeu que o plano havia dado certo, Dionísio teceu uma corda com cabelos e, com ela, amarrou o genital masculino de Agdístis a uma árvore. Logo que acordou da embriaguez, Agdístis ergueu-se de um salto e castrou-se com a própria força. A terra bebeu o sangue que fluía e seus genitais. Estes deram origem a uma árvore frutífera, a amendoeira. Nana, a filha do deus-rei Sangário, encantada com a beleza do fruto, apanhou-o e escondeu-o no ventre. O fruto desapareceu e, meses mais tarde, Nana concebeu um filho, um menino que recebeu o nome Átis, que era de maravilhosa beleza⁸⁰.

⁷⁹ “*Bichinho*”, letra de Sandra Peres e Luiz Tatit, Palavra Cantada, cd: Carnaval Palavra Cantada, 2007.

⁸⁰ KERÉNYI (2009).

Mesmo na mitologia brasileira, existem várias versões para a lenda do Boto, por exemplo. Uma delas narra que o boto cor-de-rosa costuma sair à noite, na forma de um belo rapaz, que usa um chapéu branco para disfarçar o buraco que tem na cabeça. Em seus passeios noturnos, busca moças virgens e as seduz com o olhar. Aquela que se deixar seduzir engravida com esse olhar e o Boto volta para as águas. A moça nunca mais volta a vê-lo, tendo que se resolver com a família ante uma gravidez sem explicação.

Outras histórias semelhantes em outras culturas como a japonesa, onde durante muito tempo as mulheres se dirigiam sozinhas ao templo da deusa Vanijiin e de lá voltavam grávidas aos seus lares. Ou ainda a deusa chinesa Kwanyin, que possibilitava a fecundidade das mulheres que lhe prestassem cultos e homenagens. Mesmo no ideário judaico-cristão, onde o mundo dos humanos tem início a partir da extração da costela de um homem que dará origem a mulher... Com os desdobramentos e descobertas do código genético e da clonagem, o mito vai se aproximando da realidade.

A concepção, assim como o parto e outros processos fisiológicos, nunca é totalmente “natural”⁸¹. A sociedade expressa seus valores sobre concepção, gravidez, parto, sua importância, riscos e significados. A concepção é também um ato cultural, inserido num contexto de costumes historicamente localizados.

Desde as épocas mais remotas de que se tem notícia, a esterilidade e/ou infertilidade sempre foi pensada, vista, avaliada e permeada de valores: psíquicos, afetivos, físicos e, sobretudo, sociais. Ora vista como punição dos antepassados, como castigo ou mesmo maldição, a esterilidade foi explorada em todas as instâncias de credos e ritos, não importando a forma de organização social.

Em direta oposição, a fecundidade sempre foi festejada e recebida com júbilo: crianças traziam o signo da fortuna, da alegria, do prazer, da bonança, enfim, da dádiva divina. A fecundidade está vigorosamente atrelada à ideia de bem do mesmo modo que a esterilidade está atrelada à ideia de mal. São conhecidas as histórias de mulheres que foram “punidas” com a esterilidade, tanto no ideário cristão, quanto mulçumano, judeu, pagão, entre outros.

⁸¹ KITZINGER (1996).

8.2 Sai a mágica, entra o saber: a ciência e a busca pelo conhecimento verdadeiro

Do universo das crenças, mitos e tabus para a ciência, experiências, testes e intervenções no campo da reprodução não constituíram, tampouco, dado novo: desde que o padre, fisiologista e curioso das ciências naturais, Lazzaro Spallanzani teve êxito ao inseminar sua cadela em 1777, as pesquisas no campo da reprodução só se ampliaram. Segundo ROTANIA (2003), o saber científico ocidental sobre a participação dos dois sexos no processo de procriação foi reconhecido em 1906, numa ex-cátedra da Faculdade de Paris⁸². A ciência foi caminhando, entrecortada por revoluções e rupturas, criações de novas teorias a partir de seus diferenciados métodos, formas de observação e experimentação, conceitos e demonstrações, tudo isso remetendo a uma teoria que, por sua vez, constitui um conhecimento⁸³.

Logo, a ciência não tem uma forma linear de avanço, mas opera através de saltos: a ideia do vírus na biologia, da enzima na química, entre outros, são fenômenos que exigem, cotidianamente, a criação de novos modelos científicos. Desde a Antiguidade o conhecimento sempre foi considerado valioso por sua eficácia no combate ao medo ou às superstições. Na modernidade, o liame entre ciência e aplicação prática dos conhecimentos, das tecnologias, fez com que, para além dos objetos que chegaram para tornar a vida menos pesada no dia a dia (o avanço nos meios de transporte, iluminação, ferramentas etc.), também se tivesse uma longevidade maior, através dos tratamentos, drogas medicamentosas, intervenções cirúrgicas, entre outros.

E, junto à ciência, o modo como os indivíduos veem e interpretam suas próprias descobertas, invenções e avanços, enfim, o mundo que os cerca, dão sentidos outros à natureza e ao conhecimento que produzem. Deste modo, os indivíduos buscaram observar através de suas invenções (microscópio, por exemplo) o corpo, sua constituição, seus fluidos e percursos; aspectos que antes pareciam misteriosos passam a ser esmiuçados na tentativa de serem compreendidas as dinâmicas e fluxos, até que se chegou ao DNA, em outras palavras, ao que parecia invisível.

⁸² Ver também no site:

<http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EA%20Reprodu%E7%E3o%20Humana%20Asistida.pdf>

⁸³ Sobre filosofia da ciência, ver CHAUI (2003).

No decorrer dos séculos XVIII e XIX muitas técnicas foram desenvolvidas, testadas e registradas, cimentando o caminho da reprodução humana medicalizada, como é o caso do inglês Hunter que, em 1791, fez o registro de uma experiência bem sucedida de inseminação artificial (IA) num casal. Oito anos depois dessa primeira experiência, em 1799, foi narrada a primeira gravidez fruto dessa técnica. Hoje se vê algumas dessas técnicas, de outrora, como ingênuas formas de obter um novo ser, porém, como disse acima, a ciência é feita também de rupturas. E a partir do século XIX as experiências extra-corpóreas e de implantação de embriões tomam fôlego, com relatos de procedimentos bem sucedidos na fertilização de humanos.

Segundo ROTANIA (2003), o estudo da célula e o desenvolvimento da genética tiveram uma ascensão notável na primeira metade do século XX. As técnicas foram escrutinadas pelos embriologistas e não pararam de crescer nem de se sofisticar, o que promoveu, na segunda metade do século XX, a genética como campo privilegiado de estudos biológicos. É nesse período que as pesquisas sobre cromossomos e núcleo celular, tiveram crescimento significativo; chegou-se não apenas à forma como se dava a hereditariedade, como também, na sequência, à descoberta dos ácidos nucléicos e suas funções; e daí para o deslindamento científico do código genético pouco tempo se passou, num período caracterizado por um processo contínuo, complexo e conjugado entre reprodução e genética.

No século passado, nos Estados Unidos, foi realizada a primeira fecundação utilizando sêmen congelado. O congelamento de material biológico permitiu a criação dos bancos de sêmen que se popularizaram por todo o mundo.

É, ainda, nos anos 1950, que as primeiras experiências com fertilização *in vitro*, seguida de transferência de embriões (FIVETE), começaram a se tornar frequentes, sendo utilizadas de modo experimental em humanos na década de 1970. Em 20 de julho de 1978 a primeira gestação, fruto de fecundação *in vitro* bem sucedida, teve lugar na Inglaterra. Assim nasceu Louise Brown, que ficou conhecida no mundo inteiro como o primeiro bebê de proveta. No Brasil, em 7 de outubro de 1984, nasceu a primeira brasileira também fruto de manipulação laboratorial, Ana Paula Caldeira. Nesse mesmo ano, do outro lado do oceano, na Austrália, nasceu o primeiro bebê que se desenvolveu a partir de um embrião que foi descongelado e mantido em estado de criopreservação por quatro meses. Dois anos depois, na Europa, nasceu o primeiro bebê a partir de um óvulo descongelado, um feito significativo não apenas para a época, como até mesmo para os dias atuais: o congelamento de óvulos sempre

apresentou uma taxa muito baixa de sucesso em termos de tratamento, pois o congelamento de óvulos implicava num certo acúmulo de gelo que nele grudava. Para se ter uma ideia das dificuldades no congelamento de óvulos, para cada 25 desses gametas congelados, apenas um resistia. A taxa de sobrevivência dos oócitos descongelados era, desse modo, pouco satisfatória e, por essa razão, eram raramente utilizados pelos especialistas da área. Esse quadro sofreu uma reviravolta radical muito recentemente, a partir de meados do início do século XXI, quando as técnicas de vitrificação de óvulos – que consiste em congelar o óvulo em menos de um minuto, evitando os cristais de gelo – proporcionou maior êxito nas taxas de fecundação⁸⁴. Esse novo procedimento pode representar um primeiro passo na criação de bancos de óvulos nos moldes dos bancos de sêmen existentes.

No entanto, há também que se examinar esses dados com cautela, uma vez que as taxas de fecundação podem ser altas, sem que necessariamente sejam altas as de gravidez, não representando, no final do processo, o bebê nascido vivo pronto para ir para casa, que é o que mais interessa aos casais que buscam esses tratamentos. Outro aspecto importante é que é preciso incentivar as pesquisas e estudos controlados na área, para que esses resultados mostrem efetivamente a segurança desse e de outros procedimentos no campo da reprodução humana.

E qual a definição de reprodução humana assistida (RHA)? Segundo OLMOS (2003), é um termo médico que indica um conjunto heterogêneo de técnicas que favorecem o processo de reprodução humana, no caso de problemas tanto no campo da esterilidade feminina, quanto masculina. A RHA é classificada de acordo com seus métodos, que se dividem em: baixa complexidade e alta complexidade. No âmbito das técnicas de baixa complexidade estão o coito programado e a inseminação intrauterina (IIU); no âmbito das técnicas de alta complexidade estão incluídas a Fertilização *in vitro* (FIV) e a Intracytoplasmic Sperm Injection ou Injeção Intra-Citoplasmática de Espermatozoides (ICSI). Complementando essas técnicas, há a inseminação artificial (IA)⁸⁵, o útero de substituição e a doação de gametas.

Na FIV, técnica que completou mais de trinta anos de utilização, com milhares de bebês assim nascidos, há o encontro do óvulo com o espermatozoide fora do corpo da mulher,

⁸⁴ Ver ALMODIN *et al.* (2008), FACHINI *et al.* (2008), SCHEFFER *et al.* (2008).

⁸⁵ Técnica considerada de baixa complexidade, a Inseminação Artificial (IA), pode ser homóloga, quando é realizada com o esperma do parceiro; e heteróloga, quando realizada com esperma de doador.

em laboratório. O sêmen é obtido por meio de masturbação e o óvulo necessita de um procedimento mais complexo: é preciso que haja uma hiperestimulação com o uso de medicamentos hormonais. Assim há o desenvolvimento folicular que proporciona a produção de mais de um óvulo. Esse processo é denominado hiperestimulação ovariana. Todas as etapas são acompanhadas pela ultra-sonografia e os óvulos são aspirados do corpo da mulher numa conduta que necessita de anestesia local ou geral, a depender das condições de saúde da mulher. Após a aspiração, há uma seleção dos óvulos e espermatozóides visando uma melhor “qualidade de gametas”, os quais são colocados num meio de cultura onde haverá a fecundação. Quando os óvulos passam à fase de embriões após sucessivas divisões, são implantados na cavidade uterina.

Esse tem sido o procedimento vivenciado pela maior parte dos especialistas na área, seja em serviço público ou clínicas privadas. Entretanto, nos últimos anos, técnicas complementares, como foi citado acima, e técnicas genéticas, têm aumentado a complexidade dos procedimentos. Exemplo de técnica que tem sido usada de modo cada vez mais habitual é a ICSI, que chegou ao Brasil em fins dos anos 1990. Ela veio como auxílio direto nos casos em que há problemas no fator masculino de infertilidade. É feita uma punção no testículo ou epidídimo para a extração dos espermatozóides ou da espermátide, que serão colocados em meio de cultura. Basicamente é o uso da injeção de um espermatozóide no interior do óvulo.

A doação de gametas (óvulos ou espermatozóides) é complementar ao processo de FIV, usada quando a mulher ou o homem não dispõem dos gametas ou a mulher não deseja (ou, ainda, não pode) ser submetida à estimulação hormonal. Há o útero de substituição, também conhecido como gestação de substituição e popularizado no Brasil com a alcunha de “barriga de aluguel”. Trata-se de um arranjo social quando há impossibilidade da mulher levar uma gestação a termo. Realiza-se então uma FIV com o material genético do casal, e a transferência do embrião será para um útero diferente do da mulher que solicita o bebê. Esse procedimento é pouco usado no Brasil, pois é proibido qualquer tipo de relação comercial envolvendo a cessão do útero. Portanto, a mulher que for passar pela gestação de substituição deverá, necessariamente, contar com a ajuda de parente consanguínea próxima: irmã, mãe, prima etc.⁸⁶

⁸⁶ Em 2007 houve um caso que teve repercussão em todo Brasil, da avó que deu a luz às crianças da filha. Ver: <http://noticias.uol.com.br/ultnot/brasil/2007/09/27/ult4469u11938.jhtm>. Há também o relato de caso de outra

A criopreservação de embriões é uma técnica que deriva dos processos de FIV, após a fertilização dos óvulos. No Brasil, a transferência não pode exceder ao número de quatro embriões por ciclo, segundo recomendação da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH)⁸⁷. Os embriões excedentes devem ser colocados em câmaras de nitrogênio líquido a baixas temperaturas (-196°C), até que se decida se eles serão utilizados em nova tentativa pelo casal, doados, usados para pesquisa ou descartados.

Um último recurso que pode ser citado em termos de RHA é o da clonagem. Assunto que há bem pouco tempo tinha ares de ficção, paulatinamente vai conquistando espaço: nas rodas de conversa, na mídia e no próprio campo da pesquisa científica. Por volta do ano de 1993, dois norte-americanos informaram à comunidade científica que uma ampliação de possibilidades no campo da reprodução assistida era possível: provocar a multiplicação de embriões a partir de um embrião original. Em outras palavras, a transferência nuclear (também conhecida como clonagem reprodutiva) que consistiria na transferência do núcleo de uma célula somática para um óvulo que teve seu núcleo retirado. O indivíduo concebido dessa maneira teria as mesmas características do doador, porém não seria seu filho, nem irmão, mas uma cópia. Esse procedimento não é permitido no Brasil, pois, para os especialistas no assunto, essa técnica não oferece segurança dado o nível de conhecimento da tecnologia que se tem atualmente.

8.3. Reprodução Humana Assistida: Brasil

No Brasil, após o nascimento do primeiro bebê de proveta, como foi citado acima, o campo da reprodução humana ganhou fôlego e, na entrada dos anos 1990, alguns profissionais da área começaram a se organizar no sentido de criar associações representativas específicas do *métier*. Atualmente existem, entre outras, três grandes associações que se autodenominam representativas dos profissionais de reprodução humana, sendo duas brasileiras e uma latino americana: a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA) e a Rede Latino Americana de Reprodução Assistida (REDLARA).

avó, de 59 anos de idade, no interior de São Paulo, que após três tentativas de FIV, pariu uma menina – ver: Folha de São Paulo, caderno Cotidiano C9 de 29/09/2010.

⁸⁷ Para ver guidelines, acessar: <http://www.sbrh.org.br/publicacoes/guideline.htm>

Criada em 1947, a SBRH é a mais antiga delas e tem sua sede em São Paulo. Assim como as outras duas, o objetivo dessa sociedade é promover a educação médica nesse campo, proporcionar encontros sistemáticos entre os profissionais da área, com todo tipo de informação, saberes e divulgação de dados de pesquisas, sob forma de congressos, jornadas e simpósios. Além dos médicos especialistas na composição de seus quadros, a SBRH conta com um enorme leque de outros profissionais da saúde entre seus associados, que são em número de 2790⁸⁸ no Brasil inteiro.

A SBRA foi criada em 1996 com objetivos bem próximos aos da antecessora, produzindo uma revista e organizando congressos anuais. No site oficial dessa associação na internet, diferentemente da SBRH que disponibiliza o número de profissionais afiliados, a SBRA expõe o número de clínicas em todo país: 63⁸⁹.

Com sede no Chile, a Redlara foi criada em 1995 com o objetivo de se constituir uma instituição científica e educacional, promovendo o conhecimento na área da reprodução humana assistida. Possui em seus registros específicos sobre o Brasil, 59 centros de tratamento de fertilidade⁹⁰. Em 1999, essa instituição elaborou um relatório que analisava dez anos de atividade de reprodução assistida, com informações sobre a Argentina, a Bolívia, o Brasil, o Chile, a Colômbia, o Equador, a Guatemala, o México, o Peru, o Uruguai e a Venezuela. Esse relatório levantou a importância da elaboração, análise, divulgação de resultados e crítica de pesquisas nesse campo do saber, tal qual ocorre nos Estados Unidos (ARMS)⁹¹ e o Fivnat⁹². A coleta seria feita em bases voluntárias, porém pouco a pouco, constata-se certa pressão por parte dos próprios profissionais em participar, na medida em que um movimento em busca de maior credibilidade das clínicas de reprodução assistida reforçaria a necessidade. Com isso, seriam estabelecidos critérios para abertura e funcionamento de clínicas dispostas a oferecer o tratamento de RHA. Toda essa organização ajudaria não apenas a estabelecer as bases de atuação dos profissionais, como serviria também de espaço para manifestação das opiniões e dúvidas do paciente; afinal ainda existem discussões no próprio campo dos especialistas, como por exemplo: a questão da produção excessiva de embriões, bem como o número de embriões a ser transferidos, as gestações

⁸⁸ Última consulta em 31/08/2010 no site: <http://www.sbrh.org.br/>

⁸⁹ Última consulta em 31/08/2010 no site: http://www.sbra.com.br/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1

⁹⁰ Última consulta em 31/08/2010 no site: <http://www.redlara.com/home1.asp>

⁹¹ ROTANIA (2003).

⁹² A associação Fivnat produz estatísticas sobre reprodução humana assistida – tradução livre (L'association FIVNAT gère les statistiques de l'Assistance Médicale à la Procréation en France). Também ver site: <http://fivnat.fr/pagesperso-orange.fr/>

múltiplas que representam risco, a importância da unificação dos formulários de consentimento livre e informado, entre outras. Ainda que a RHA faça parte de inúmeras rodas de conversa, onde as pessoas emitem juízos como se os procedimentos fossem cada vez mais simples, o fato é que se tornam mais complexos e sofisticados com o passar do tempo, e é indispensável trabalhar todos esses aspectos e fomentar mais estudos.

Nas três associações, fica em evidência a concentração da oferta do serviço na região Sudeste, com ênfase para o estado de São Paulo, tanto no que concerne às clínicas privadas, quanto aos hospitais públicos.

Embora esses dados pareçam expressivos, ainda não representam o número total dos serviços no campo da RHA no Brasil porque a notificação ou a associação a essas entidades não é obrigatória, mas facultativa.

O mesmo ocorre com uma notificação mais específica: a dos procedimentos de RHA. Não há nenhum tipo de órgão que regule ou obrigue os registros de dados. Há recomendação, apenas, ficando a critério do profissional o registro ou não, de seus procedimentos e/ou protocolos, em uma dessas associações. Em virtude disso, não se tem, por exemplo, estatísticas do número de FIVs, de IAs, ICSIs, abortos espontâneos decorrentes desses procedimentos, taxas de gravidez que chegam a termo, número de gravidezes gemelares, taxas da aplicação da redução fetal, entre outros. Lamentavelmente há uma verdadeira precariedade nesse campo. Essa afirmação procede, porque mesmo qualquer pesquisa na área acaba por perder sua consistência pela ausência do registro de dados. Os estudos devem ser mais locais (estudos com grupos pequenos), não se tendo, portanto, condições de desenhar um estudo de maior alcance, com o objetivo, por exemplo, de analisar o número total de crianças nascidas através de FIV no Estado num determinado período. Não há, tampouco, uma fiscalização sistemática das clínicas: a sociedade conta com o “bom senso” dos profissionais envolvidos com nesse campo ainda tão particular da saúde⁹³.

⁹³ Recentemente, o ilustre e nacionalmente conhecido médico Roger Abdelmassih foi alvo de um escândalo que teve repercussão nacional: sendo ele um dos precursores da RHA no Brasil, conhecido pelo expressivo número de bebês que colocou nos braços de muitos casais, sempre divulgando seus êxitos em revistas de circulação popular ricamente ilustrados com fotos, se viu denunciado por assédio sexual por no mínimo 60 mulheres (há especulações de sub notificação desses casos pelo constrangimento da aparição pública, uma vez que as pacientes desse especialista são mormente das classes mais abastadas do país, havendo possibilidade de que esse número seja ainda maior), tendo sido preso e seu registro do CRM suspenso. O processo ainda está em andamento na justiça, porém serve de exemplo do quão importante seria que as autoridades federais olhassem, com o suporte de seus equipamentos adequados, com mais cuidado para esse campo do saber médico, criando formas de acompanhamento dos cidadãos, leis mais específicas, passíveis de fiscalização, notificação e, sendo

Como afirma ROTANIA (2003), a medicalização da fecundidade feminina e a falta de uma regulamentação da RHA acabam por permitir a falta de acesso aos dados sobre os efeitos colaterais dos medicamentos, o número de embriões que são produzidos, implantados, criopreservados e/ou descartados; também há carência de estatística de mulheres com gravidez gemelar e seus desdobramentos, como a prematuridade, a redução fetal e em que medida ela é aplicada, ou ainda, quais as consequências para a saúde física e emocional das mulheres que se submetem a esse tratamento, entre outros aspectos. Sabe-se que essa notificação é um procedimento viável e possível, uma vez que países como a França, a Inglaterra, a Alemanha, a Austrália e os Estados Unidos, além de documentarem esses dados, os estudam, até para buscar e garantir melhores resultados nos tratamentos.

8.4 Endereço da *última chance*: região central de São Paulo

O presente estudo foi realizado em parceria com um hospital da rede pública de São Paulo que se localiza na região central: o Centro de Referência de Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington. Hospital que conta com recursos provenientes do SUS⁹⁴ e da Secretaria de Estado da Saúde, que atende pacientes de todo o Estado: seja em seus ambulatórios, por encaminhamento dos postos de saúde; ou para tratamentos mais complexos como intervenções cirúrgicas e oncológicas, além de atender as mulheres que precisam fazer aborto legal. Esse hospital atende todas as especialidades que envolvam a saúde da mulher, desde questões relacionadas à violência, passando por tratamentos psicológicos, geriátricos, entre outros.

Especificamente, o setor de Reprodução Humana, começou a atender em meados dos anos 1990. Tendo debutado de modo experimental, como ambulatório de esterilidade, o setor ganhou fôlego, nova alcunha, e conta com equipe multidisciplinar, com médicos especialistas nos diversos campos da reprodução humana e ginecologia, psicólogos, enfermeiros, embriologistas e biólogos. Hoje atende uma média de 300 mulheres por ano⁹⁵, nos diversos diagnósticos e protocolos de infertilidade e esterilidade.

o caso, de punição. Ver a notícia em: <http://noticias.terra.com.br/brasil/noticias/0,,OI3926693-EI5030,00-Medico+Roger+Abdelmassih+e+preso+em+Sao+Paulo.html>

⁹⁴ Sistema Único de Saúde.

⁹⁵ Ver: <http://www.crh.saude.sp.gov.br/content/frowrenoro.mmp>

Esse hospital é o único no Brasil que oferece tratamento de RHA para mulheres com idade igual ou acima de quarenta anos e é totalmente custeado pelo SUS. Como é seu funcionamento?

Para fazer parte da triagem médica visando posterior tratamento, é necessário telefonar e agendar uma primeira consulta. Não há necessidade de encaminhamento por outro médico ou pelo posto de saúde próximo à residência do requisitante. Toda terceira quarta-feira do mês, às oito horas da manhã, a agenda para consultas no mês subsequente é aberta e são marcadas, em média, 40 consultas. De modo geral, por volta das nove horas da manhã, todas as quarenta vagas foram preenchidas. Esse número é mais ou menos regular, não obstante poder haver variação para mais ou para menos, a depender das circunstâncias dos andamentos dos trabalhos, mudança ou inovação nos protocolos, entre outras razões.

Após o agendamento da consulta médica, o casal é convocado a comparecer ao ambulatório munido de todos os exames que tenha feito recentemente. São, então, recebidos pela equipe de psicologia, que faz uma palestra com informações gerais sobre a reprodução e os procedimentos que são feitos naquele hospital. Depois disso, o casal é encaminhado para os especialistas que realizam uma anamnese junto ao casal: o tempo que está junto, por que tenta a gravidez, problemas de saúde familiares, entre outros aspectos. Apesar da demanda dos exames já feitos, novos exames são agendados para ela e para o seu cônjuge.

Ainda que a RHA tenha aberto canal para outras possibilidades de concepção e parentalidade, o Pérola Byington oferece tratamento de RHA apenas para casais heterossexuais que possuem um tempo mínimo de convivência, podendo ser casados no civil ou não. O importante é que fique configurada uma relação conjugal estável. Outras situações conjugais, tais como casais homossexuais tanto de mulheres quanto de homens, não são aceitas para efeitos de tratamento de RHA, segundo normas de conduta do próprio hospital, o mesmo ocorrendo com mulheres ou homens solteiros (ainda que tenham disponíveis o óvulo e o útero de substituição). Quando conversei com alguns dos médicos sobre essas possibilidades de parentalidade que a RHA abria a esses indivíduos, eles alegaram questões de cunho ético para justificar o não atendimento a essa população⁹⁶.

⁹⁶ “Acho que uma criança deve ser educada por uma mãe e um pai... Duas mães? Dois pais? Um deles apenas? Não me parece muito adequado, nem mesmo justo com a criança, você não acha? Os amiguinhos todos são normais com mãe e pai e ela não (...)” – trecho do depoimento de um membro da equipe do hospital (13/08/2008).

De posse dos exames atualizados e com diagnóstico estabelecido, o casal recebe um número de processo e passa a fazer parte de uma fila de espera para o tratamento. O critério para fazer parte dessa fila de espera é tão somente a ordem de chegada, não importando a natureza do problema de infertilidade ou esterilidade específico, a idade ou a origem sócio-econômica. Essa fila de espera dura entre quatro e cinco anos. E tal demora é justificada pelo hospital, que alega fatores tais como a capacidade de médio alcance em termos de atendimento, do ambulatório que cuida dessa especialidade frente a uma demanda que parece crescente ano a ano, a indiscriminalização da idade, ou seja, o hospital atende a todos os casais, mesmo os que são compostos por mulheres cuja idade seja igual ou maior a 40 anos, fato que não ocorre em outros serviços de saúde que são parceiros do SUS e, ainda, o hospital atende casais provenientes de outros estados do Brasil, para além dos que residem na capital e no Estado de São Paulo.

“(...) eu ia fazer 42 anos quando eu entrei lá pela primeira vez. E eu agradeço muito aos médicos do Pérola, os únicos que me aceitaram, mesmo com a idade que eu tenho. É difícil...” (Deise, 45 anos)

8.5 Encontro com as mulheres esterilizadas

Após aprovação do projeto de pesquisa nos comitês de ética da USP e do hospital Pérola Byington, tive acesso aos prontuários das mulheres que buscavam especificamente o ambulatório do serviço de RHA. Feito o recorte do ano, 2007, colhi as informações de todas as mulheres esterilizadas que se inscreveram neste ano e que aguardavam desde então, na fila de espera, pelo tratamento. Muitas foram às situações em que as informações estavam equivocadas ou, outro fato comum, os casais haviam mudado o endereço ou mesmo o número do telefone celular, sem notificar o hospital, fato que inviabilizava o acesso a esses indivíduos.

Entre as candidatas ao serviço de RHA, passíveis de serem encontradas ou não, inscritas naquele ano, localizei 47 prontuários que indicavam mulheres que haviam feito laqueadura tubária, sendo essa a razão do encaminhamento para o tratamento de FIV. Dediquei-me então a fazer contato telefônico, informando a natureza do trabalho, com o intuito de encontrá-las e

convidá-las para participar do GD, e ouvi variadas justificativas para a impossibilidade de comparecerem a esse primeiro encontro proposto, por razões que iam de problemas no trabalho à interdição explícita de um marido que tomou o telefone da mão de uma delas, no momento em que explanava o objetivo do meu contato, afirmando em altos brados que: *“minha mulher é séria, não é esse tipo de mulher que vive na rua, à toa, de conversa mole, não! Semana que vem eu vou aí nesse hospital ver se o tratamento sai ou não sai, porque sou homem direito, não gosto de bandalheira não! Estamos esperando há anos e nada de chamarem a gente!”*... Quando todas as checagens chegaram ao fim, restaram dezoito mulheres esterilizadas, que aceitaram meu convite para um encontro que se realizou no próprio hospital Pérola Byington. O objetivo era conhecê-las pessoalmente e fazer-me conhecer, levantando algumas questões iniciais no campo da laqueadura mesmo e da maternidade que elas, então, buscavam por meio de uma possível gravidez de FIV.

Durante minhas visitas ao hospital para coleta dos dados ou para as reuniões com a equipe dos profissionais do setor de RHA, que acontecem todas as quartas-feiras por volta das onze horas da manhã, sempre me deparei com mulheres no ambulatório. Para mim, naquele começo, nas primeiras visitas ao campo, eram todas mulheres indistintas no quesito diagnóstico, porém minha primeira impressão foi a de ver rostos que expressavam algo próximo à angústia, e que pareciam revelar somente isso: ansiedade na busca de uma gravidez. Impossível saber o nível de comprometimento da fertilidade apenas em olhá-las. No entanto, o esfregar de mãos, os pés que não conseguiam parar de balançar, as conversas em cochicho e os pescoços que eram esticados a cada vez que a porta do gabinete de aplicação dos medicamentos era aberta ou ficava entreaberta, davam pistas da força da cultura e da sociedade que delas demanda um “herdeiro” consanguíneo. Dois foram os sentimentos que marcaram o primeiro ano em que frequentei, semanalmente, esse setor do Pérola Byington: ansiedade, frente ao tratamento a começar, e medo. Do fracasso.

Das dezoito mulheres contatadas, quatorze afirmaram que poderiam comparecer ao encontro marcado e confirmado e, ao final, vieram doze. Foram chegando aos poucos, mas todas mais ou menos dentro do horário combinado, sem maiores atrasos. Pareciam tranquilas, estavam sorridentes e, algumas, curiosas. Sentavam-se no círculo de cadeiras dispostas na sala e observavam tudo discretamente. Falaram do calor e do trânsito, responsável pelo pouco atraso que tiveram.

Após as considerações acerca dos termos de consentimento livre e esclarecido (com posterior assinatura desses TCLEs), dos objetivos da pesquisa e do estudo de modo geral, iniciei a discussão com uma questão: *o que as levou a optarem por fazer uma esterilização? Como se deu essa decisão?* Timidamente, bem aos poucos, as palavras foram preenchendo a sala e, pouco mais de quinze minutos depois da pergunta inicial, elas pareciam ter sede de falar, de partilhar suas experiências sobre esse período “sombrio” da vida, quando se submeteram à cirurgia de esterilização, sobre o arrependimento posterior.

Uma hora depois, umas citavam as outras: *“assim como ela, eu também tive um marido violento...”* ou tinham os olhos marejados ao ouvir relatos tão parecidos, com percursos tão próximos. Deu a impressão de que ali, naquele grupo, elas descobriram que não eram as únicas a terem tomado uma decisão da qual se arreponderam. Teve choro que pareceu orquestrado, mas era essa forte emoção de lidar com fatos que, aparentemente, não se sabia serem tão comuns. Assim como o passado, o desejo intenso da gravidez hodierna também era sonhado em conjunto, com adjetivos que não paravam de surgir, de boca em boca. Foi em meio a essas histórias agudamente intensas que nos encontramos. E depois, nos reencontramos outras vezes. Quatro outras mulheres vieram depois, e enriqueceram mais ainda nossas conversas.

8.6. “Você pega um negócio lá e coloca no negócio lá e depois quando ele tiver, assim, já produzido ele vem”⁹⁷ – os conhecimentos acerca da RHA

Das mulheres que fizeram parte desse estudo, apenas uma chegou ao ensino superior, cursando Direito, mas abandonou no primeiro ano. Observe quadro abaixo:

⁹⁷ Violeta, 38 anos.

QUADRO 4. Caracterização das mulheres segundo escolaridade e profissão

As mulheres	Escolaridade	Profissão
Acácia Dália	<i>Ensino Fundamental</i> Até a 4ª. série Até a 7ª. série	Garçonete Camareira
Deise Jasmim	Até a 4ª. série Até a 4ª. série	Costureira Doméstica
Margarida	Completo	Doméstica
Petúnia	Até a 6ª. série	Doméstica
Violeta	Até a 4ª. série	Do lar
Camélia	<i>Ensino Médio</i> Completo	Corretora de Imóveis
Flora Gardênia Hortênsia	Completo Completo Completo	Do lar Cabeleireira Assistente supervisão
Magnólia	Completo	Vendedora
Maria Flor Perpétua	Completo Completo	Do lar Auxiliar de limpeza
Rosa	Completo	Telefonista
Íris	<i>Superior</i> Direito – abandonou no primeiro ano	Cabeleireira

Com uma escolaridade entre média e baixa, talvez essa seja uma pista para explicar o primeiro contato com a RHA para a maioria delas: os meios de comunicação, com destaque para a televisão. Durante as entrevistas, quando questionadas sobre a primeira vez em que tinham ouvido falar de RHA, a maioria respondeu que tinha visto na televisão. Flora afirmou que buscou na internet também, que andou pesquisando, quando surgiu a ideia de submissão a esse tratamento. Uma ou outra avisou que quem viu primeiro foi o cônjuge, no jornal, mas a ênfase recai mesmo é na televisão. As modalidades dos programas eram diferentes: uma disse que o cônjuge viu num canal de televisão por assinatura, num programa especial sobre concepção e gravidez; outra disse que viu num programa de auditório que não soube precisar qual era, e as outras afirmaram simplesmente que “viram na televisão”. Portanto, inegavelmente, é através desse meio de comunicação que se dá o primeiro contato com o termo RHA. E, de modo recorrente, três palavras dão conta de defini-la, assim como são incorporadas ao cotidiano da vida dos brasileiros: bebê de proveta.

Disso decorre que as informações a que elas tiveram acesso são frágeis e repletas de lacunas: quando elas param para dar explicações sobre os procedimentos, sobre os

encaminhamentos da RHA, ficam confusas, e algumas percebem que é preciso obter mais informações a respeito. Outras tão enlevadas estão pela ideia da possibilidade de gravidez que não se importam com “os meios” e, sim, com “o fim”: o bebê em casa. Fica no ar a impressão de que o médico estaria autorizado a fazer o que for preciso, desde que os procedimentos resultem no bebê.

Assim, quando instadas sobre algumas etapas da RHA, como a necessidade de estimulação hormonal ovariana, procedimento que dá início à caminhada rumo à FIV, a maioria afirmou saber da necessidade de “tomar uns remédios e/ou umas injeções antes”:

“É o seguinte: eles induzem a mulher a ovular com medicação, entendeu?” (Flora, 36 anos)

“Eu sei que tem três tipos de inseminação, né? A minha tem que ser o FIV. Que é o estímulo à ovulação, né?” (Camélia, 43 anos)

“Ah, eu sei que... Por exemplo, que a mulher tem que tomar medicação, vários medicamentos, injeções para ovular mais.” (Deise, 45 anos)

“Ela [a médica] disse que agora quando eu voltar e for chamada e aí eu vou começar a tomar um remédio pra poder... né isso? Umas injeções. Tem umas que tem injeção e outras que tomam na barriga (...).” (Margarida, 36 anos)

Do total de mulheres, treze afirmou possuir conhecimentos sobre a necessidade de estimulação ovariana. Elas pareceram ter apenas uma vaga ideia sobre como tem início o tratamento, ao menos no que diz respeito à ingestão dos medicamentos. Mais a frente há um gráfico que mostra o que elas sabem a respeito da questão dos efeitos colaterais desses mesmos medicamentos.

Sobre a necessidade de aspiração de óvulos após o procedimento de estimulação ovariana, quando levantei questionamentos acerca dessa etapa do tratamento, doze delas afirmou que sabia que após a estimulação ovariana, seria preciso, puncionar os óvulos para posterior manipulação no laboratório. Quatro delas não sabia dizer o que aconteceria depois da estimulação ovariana.

A posse desse conhecimento talvez tenha explicação na associação do procedimento à manipulação de gametas em laboratório. Dessa forma a aspiração dos óvulos é bastante referida nas entrevistas como parte do tratamento na RHA. Há, no imaginário da maioria delas, essa passagem pelo laboratório, de quando “o bebê é feito”, para somente depois ser implantado em seu útero.

“Depois [da aspiração dos óvulos], no laboratório, o meu caso vai ser assim, quando os embriões tiverem se formando, lá...” (Magnólia, 30 anos)

“Leva até o laboratório, fica três dias lá. Depois a mulher é chamada pra colocar, a... Dentro do útero dela. Vai direto no útero, né? O que eu sei, assim, é pouco; e esse pouco que eu sei é pela televisão.” (Perpétua, 39 anos)

“Ah, bebê de proveta é... Você pega um negócio lá e coloca no negócio lá e depois quando ele tiver, assim, já produzido ele vem, assim, no útero da mulher. Ele vem e coloca no útero da mulher... [Eu intervenho]: Deixa ver se eu entendi: eles pegam seu óvulo e juntam ao espermatozóide do seu marido e fazem... Como é que eles manipulam? Ah, isso aí eu não sei não! Só sei que vão colocar o bebê pronto dentro de mim.” (Violeta, 38 anos)

As etapas do tratamento de RHA são conhecidas por elas, entretanto é um conhecimento superficial, precário. Essa superficialidade pode ser entendida se se pensar na noção de capital cultural⁹⁸ dessas mulheres, que no caso é baixo. Ainda que a noção de campo social seja um espaço de lutas, e para BOURDIEU (1985) tenha um sentido mais amplo, macro, sua reflexão me ajudou a pensar nesse universo micro, das mulheres desse estudo. Todas as estruturas simbólicas ali são fundamentais para o exercício da legitimação do poder médico em detrimento de outros. Há uma desigualdade de posse e uso do capital cultural. No caso específico dessas mulheres, pode-se dizer que apesar de quase metade delas ter concluído o ensino médio, o que deveria configurar posse de conhecimentos e formação de espírito crítico, no Brasil, sabe-se que o ensino é precário, sobretudo no que diz respeito às escolas públicas. Entrementes, há mais um fator a ser agregado, são escolas do interior do

⁹⁸ BOURDIEU (1985).

Nordeste do país⁹⁹, escolas de distritos, de povoados (no caso do ensino fundamental), fenômeno bastante semelhante ao observado também em diversas escolas na periferia de São Paulo. Seu baixo nível de escolaridade as coloca em situação de fragilidade, o que, em efeito cascata, ajuda a compreender não somente os poucos conhecimentos delas em relação aos procedimentos médico-cirúrgicos a que vão se submeter, como também sua passividade em aceitar delegar à equipe de médicos as decisões sobre o que será feito com seu corpo.

Essa fragilidade de conhecimentos fica ainda mais evidente à medida que há um aprofundamento na temática. Ao abordar, por exemplo, a questão dos efeitos colaterais, tanto dos medicamentos quanto do tratamento em si, a maioria afirmou que não havia efeitos colaterais; três delas disseram que haveria, sim, tais efeitos dos medicamentos, e uma delas chegou mesmo a afirmar que, ao contrário de efeitos colaterais, esse tratamento faria muito bem à saúde. Ela narrou que, em uma ocasião no passado, após ingerir certa quantidade de hormônios passou a se sentir bem disposta e com melhor humor. Então ela concluiu que se ela se sentiu dessa maneira, os medicamentos na verdade faziam bem à saúde, não mal¹⁰⁰. O quadro seria o seguinte:

⁹⁹ Ver: “Nordeste está 10 anos atrás do Sudeste no ensino médio”; Folha de São Paulo, Caderno Cotidiano, C1 e C3, em: 18/09/2010.

¹⁰⁰ “Porque eu acho que não [não há efeito colateral na ingestão dos medicamentos]. Hormônio não é sempre bom tomar? Eu não sei porque no meu caso eu tomei e, pelo contrário, eu me senti muito bem até. Quando eu tomei os hormônios eu me senti muito bem, bem mesmo.” (Deise, 45 anos).

GRÁFICO 2. Conhecimentos sobre os efeitos colaterais dos medicamentos nos tratamentos de RHA

O capital cultural necessita de dispositivos que o legitimem num determinado contexto social, tornando-o operacionalizável. Desse modo, ele valida ações, define conceitos, legitima lugares e pensamentos que são reconhecidos e respeitados por um grupo específico. Não há elementos pré-fixados ou objetivos que determinem que uma cultura seja superior a outra, porém há valores implícitos, atribuídos a grupos que ocupam posições dominantes. E é interessante porque não necessariamente a cultura dominante traduz pensamentos dos grupos dominantes: há também aí uma luta interna para que ideias sejam sobrepostas umas sobre as outras, até que uma passe a ser hegemônica. Algumas estratégias tais como acesso a uma educação mais ampla, o cultivo de espírito crítico através da leitura, formação cidadã, poderiam propiciar uma compreensão mais aprofundada quanto à efetiva legitimidade do que é hegemônico; e aí talvez essas mulheres se permitissem indagar sobre os ganhos e perdas da operação “bebê de proveta”.

As mulheres desse estudo, talvez por seu nível de escolaridade relativamente baixo, não se ocuparam nem se ocupam em obter maiores informações sobre os procedimentos do tratamento. Seguem o protocolo a risca, delegando ao corpo médico as responsabilidades que elas próprias deveriam ter para com seus corpos. Nada lhes foi imposto, ao mesmo tempo em que nada lhes é explicado. Ora elas obedecem rigorosamente ao que lhes é orientado; ora elas perguntam qual será a próxima etapa, mas apenas para saberem o que virá, não para

questionarem os impactos desses procedimentos em suas condições de saúde, por exemplo. A sociedade lhes cobra um bebê; elas delegam aos médicos essa tarefa, dando como moeda de troca sua confiança irrestrita, perigosamente irrestrita.

“Tem umas que tem injeção e outras que tomam na barriga, já falaram que outras é... [eu intervenho]: Essa injeção na barriga é pra quê? Não sei ainda. Porque não cheguei lá ainda. É por que ela fala [a médica] que é por parte. Cada vez que você vai... Eu ainda não cheguei nessa parte.”
(Margarida, 36 anos)

“E se Deus quiser e os médicos também, vou conseguir o nosso filho.” (Jasmim, 41 anos)

“(...) quando chegar a minha vez, que eu tenho fé, aí vai ser o bebê de proveta. Então eu espero em Deus que dê tudo certo. E espero nos médicos, que estudaram pra isso.”
(Acácia, 36 anos)

8.7. “Um bebê de proveta e outro e outro...”¹⁰¹

Como foi observado no capítulo anterior sobre família, a maior parte das mulheres que participou desse estudo é proveniente de famílias numerosas, com muitos irmãos e convívio na infância com primos e outras crianças.

¹⁰¹ Acácia, 36 anos.

GRÁFICO 3. Conformação familiar das mulheres: irmãs e irmãos

Esse modo de conformação familiar era característico da primeira metade do século passado, portanto, período em que os pais delas nasciam e cresciam em seios familiares bastante numerosos¹⁰². Esse modo de constituição familiar é reproduzido por seus pais, como pode ser observado no gráfico acima, já que mais da metade delas também nasceu em contextos onde havia bastante irmãs e irmãos.

A partir dos anos 1960, o Brasil como um todo experimenta uma queda no número de nascimentos, o que vai resultar em famílias de menor tamanho. Esse fenômeno ganha ênfase no decorrer da década seguinte¹⁰³. Não obstante, entre as regiões norte, nordeste e centro-oeste do Brasil, experimentou-se o mesmo declínio de modo menos acelerado.

Essa premissa, da vivência no passado em famílias grandes, pode ajudar na compreensão da persistência de um ideário saudosista, de família numerosa, que aparece no discurso das mulheres desse estudo.

“Eu, por mim, tinha uns dois, três filhos a mais. Gosto é de família grande, de bagunça, de fralda pra lavar, de cheirinho de neném.” (Rosa, 42 anos)

¹⁰² “Minha vó teve 27 filhos, você sabe o que é isso?” Jasmim, 41 anos (fragmentos de diário de campo em 11/08/2008).

¹⁰³ Bemfam, 1997 – Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996.

“Vou poder ter uma família com meu marido, vamos poder ser felizes. E por mim a nossa família vai ser bem grande, porque eu faço outro bebê de proveta e outro e outro se eu puder.” (Acácia, 36 anos)

Ainda que tenham alguma noção da complexidade e das dificuldades do tratamento de FIV, mais da metade delas afirma que, mesmo tendo um bebê, faria o procedimento outra vez. Também é recorrente a brincadeira com a fantasia de ter crianças gêmeas, relatando ser a situação ideal, duas crianças num só parto.

“Faço sim [outra RHA]. Eu quero dois [bebês]. Pra vir logo os dois. Já pensou eu com aquele barrigão de gêmeos? [risos]” (Perpétua, 39 anos)

“Sabe uma coisa que eu sonho muito? Que eu penso muito? Já pensou eu grávida de dois? Ia ser a coisa mais linda no mundo! Não tem coisa mais linda no mundo, não tem, não existe!” (Deise, 45 anos)

O ideal de família extensa expresso por elas durante as entrevistas, mesmo que como resquícios de um passado que parece distante, coloca em relevo a origem de um *habitus* que, muito embora tenha sofrido um processo de mudança na segunda metade do século passado, ainda funciona como fundo de tela dessa construção “antiga” de família, do tempo dos seus bisavós. Não há, nessa perspectiva, a ideia da família extensa pelo que representaria, por exemplo, em termos de economia (mais braços na lavoura), mas uma ideia romantizada de relações mais afetivas, de união. Há certo tom nostálgico nos discursos, como se anteriormente tivesse sido assim. Há, na mesma proporção da nostalgia, um espécie de “apagamento” dos problemas intrínsecos às grandes famílias, bem como das violências que não apenas elas vivenciaram, mas que também presenciaram com os pais ou, ainda, nas histórias familiares que ouviram... Como há esse recalque, algumas delas chegam a afirmar que fariam novamente o tratamento de RHA para o nascimento de outras crianças, para compor uma família, considerando que esta é composta por pais e crianças do casal.

Assim, no que diz respeito a fazer novo procedimento de RHA, elas se distribuem do seguinte modo:

GRÁFICO 4. Opinião das mulheres em relação a realização de RHA

Refletindo sobre o quadro acima, duas questões sobressaem: a primeira, que diz respeito aos conhecimentos superficiais sobre a RHA e seus desdobramentos enquanto tratamento. Como não tem conhecimento do tratamento como um todo, seus encaminhamentos e dificuldades, e subestimando a FIV e todas as suas evidências de taxa de sucesso pouco animadoras¹⁰⁴, as mulheres minimizam os procedimentos do tratamento e colocam a RHA no mesmo patamar da gravidez ou gravidezes que tiveram anteriormente. Não levam em consideração sua situação atual, as dificuldades próprias aos protocolos, entre outros.

Outra questão é a da adoção de crianças: a esmagadora maioria afirmou que não adotaria uma criança. Portanto, em não dando certo a RHA, desistirão de ter mais um bebê. As razões que as levam a rejeitar uma criança adotada têm vinculação com as crenças ouvidas e vivenciadas em cada família. Frequentemente as ouvi comentar que uma criança adotada representa um enigma, uma vez que não se sabe a origem familiar, quem eram os pais, os avós; com justificativas assim, que buscavam amparo na explicação ora no campo da saúde (e se a criança for doente por conta de uma doença hereditária?), ora no campo social (e se a criança tiver genitores “fora da lei”?), elas afirmavam que era melhor até não ter criança nenhuma se a consanguínea não for possível.

¹⁰⁴ ABREU *et al.* (2006).

“(...) eu já quis [adotar uma criança]. Eu já falei pra ele, mas... Por ele [o marido] gostar muito de criança. Ai ele fala: “Vai pegar uma criança que você não sabe como é que é o gênio do pai, da mãe”. E eu disse: “Mas depende da criação que a gente vai dá pra criança”. [No que o marido respondeu]: “Eu sei, mas o gênio vem dos pais. Então, depois essa criança cresce e dá pra coisa ruim? Quem vai ser responsável?...”” (Perpétua, 39 anos)

Assim, como afirma RAMÍREZ-GÁLVEZ (2003), a partir da década de 1980 a infertilidade migra do campo social – uma vez que era resolvido através da adoção – para o campo médico. Este possui os conhecimentos e a tecnologia apropriados para atender as pessoas que desejam ter filhos, conhecimentos respaldados pelo discurso científico. Agora a ciência se apropria de um campo outrora cercado de silêncios e dores contidas, e o coloca no discurso do transparente, asséptico, esterilizado, no discurso de que o gênio humano é finalmente capaz de criar técnicas que poderão solucionar problemas de esterilidade. Não é mais preciso encarar a ausência de filhos como segredo de alcova, tabu familiar, mas como um problema que pode ser resolvido com a ajuda de medicamentos, intervenções cirúrgicas, ultrassons e manipulações em laboratórios. Pura e simplesmente.

MATERNIDADE

9. MATERNIDADE

9.1 Maternidade ocidental: no início eram as deusas

Ainda que seja uma ideia muito difundida no imaginário dos povos, não importando credo, localização geográfica ou etnia, a maternidade não é natural, fruto de um instinto inerente à condição feminina. Ela é atravessada pela cultura. Apesar disso, é ainda timidamente explorada enquanto objeto de pesquisas de modo mais disseminado: continua com ares de investigações de alcova. Mesmo as ciências sociais parecem temerosas na abordagem desse tipo de temática, como se sua importância ficasse aquém dos chamados grandes eixos temáticos: política, economia, movimentos sociais. Estudos qualitativos nessa área continuam a ser vistos como possuindo menor grau de importância...¹⁰⁵

Se mães e maternidade permanecem na sombra no âmbito da pesquisa social, talvez seja porque o nascimento de crianças foi e continua sendo uma questão de poder: controlar a fecundidade da mulher é lugar por excelência da dominação de um sexo pelo outro¹⁰⁶. De acordo com historiadores e juristas, o poder paterno esteve sempre atrelado ao poder marital. E BADINTER (1980) afirma que a origem dessa dupla autoridade se encontra na Índia, nos textos sagrados: Vedas, Árias, Brâhmanes e Sutas. Nesses documentos, a família era considerada como religião cujo chefe era o pai, que detinha a função de cuidar do grupo familiar (mulheres e crianças) e suas boas condutas, investido do direito absoluto de julgar e punir.

Na antiguidade, segundo KNIBIEHLER (2004), a palavra ‘maternidade’ não existia nem em grego, nem em latim, muito embora como função fosse exercida desde os primórdios, encontrando-se descrita em mitos e nas considerações dos filósofos. A palavra mesmo apareceu no século XII num contexto de ‘correspondência’: assim como existia o *paternitas* para caracterizar a função da Igreja, havia o *maternitas* em referência a função da maternidade, porém sempre com a ênfase no aspecto carnal dos “filhos de Eva”, um traço com algo de pejorativo, menor. Anos mais tarde, no Iluminismo, será estabelecido o modelo da “boa mãe”: sempre submissa ao poder, coerência e autoridade do pai, e muito valorizada pelo fato de fazer nascer grande prole, melhor qualificada maior fosse sua fecundidade.

¹⁰⁵ KITZINGER (1996); KNIBIEHLER (2004).

¹⁰⁶ BOURDIEU (1998); HÉRITIER (1996).

A civilização ocidental nasce das culturas mediterrâneas (Grécia e Roma principalmente) que eram, sobretudo, patriarcais, onde os pais (os homens) dominavam a família e a sociedade.

Desde a Antiguidade, entre gregos, romanos, judeus, assim como entre os herdeiros dessas culturas, os cristãos, foram construídas ideias e conceitos sobre a maternidade sempre à sombra do pai. Os mitos gregos souberam exprimir os sentimentos velados e pensamentos implícitos, que permitiram confrontar a ambiguidade dos sentimentos e a complexidade das relações humanas. Portanto, se de um lado havia a mulher mãe, que cuidava, era amorosa, nutria, amparava (Héstia, Afrodite, Atenas, Ártemis), por outro lado havia as que confundiam papéis (Jocasta), corrompiam seus filhos (Thétis), as orgulhosas (Níobe), as que odiavam a mãe (Electra), e a que mais impressiona e assusta, aquela que foi capaz de matar os próprios filhos (Medéia)¹⁰⁷. O imaginário romano possui todas essas deusas, com outros nomes, cujas narrativas são igualmente trágicas. O que é válido ser sublinhado em todas essas histórias é o caráter paradoxal: à mãe se supõe estimar suas crianças; a ela era atribuído um lugar de disposição a aceitar submeter-se a todos os sacrifícios por amor a seus descendentes. Era inadmissível outro, senão esse lugar, essa compreensão do papel de mãe.

9.2 A influência da Igreja e do pensamento cristão: os filhos de Eva

*“No paraíso, um dia de manhã,
Adão comeu maçã, Eva também comeu.
Então ficou Adão sem nada, Eva sem nada!
Se Adão deu mancada, Eva também deu!”¹⁰⁸*

No ideário cristão, os encaminhamentos mudam um pouco, ao menos em retórica: Cristo em suas pregações afirma que através do amor, a autoridade paternal deve ser guiada não apenas pelos interesses do pai, mas também pelos da esposa e da criança; a mulher não seria mais sua escrava, mas sua companheira. Assim pregando, Cristo reforça o papel de companheira, da mulher, e condena a poligamia.

Nesse arcabouço do pensamento cristão que se segue aos anteriores (grego, romano, judeu), a construção social em torno da maternidade e dos deveres da mulher enquanto mãe

¹⁰⁷ Ver KERÉNYI (2009).

¹⁰⁸ “*Tem pouca diferença*”, letra: Durval Vieira, Gal Costa, cd: O melhor de Gal Costa, 1995.

ganhou, também, um gradiente que retirou da maternidade qualquer ambiguidade que pudesse lhe trazer traços mais prosaicamente humanos: toda mãe deve ocupar um lugar de castidade, virtude e amor incondicional. A mulher deve ter como inspiração Maria, mãe de Jesus: ela não é uma mãe pela carne, mas pelo espírito, e não transmite apenas a vida, mas acima de tudo a fé. Construção histórica e social que nasceu na periferia de países mediterrâneos, Maria passou a encarnar o ideal de maternidade.

A Reforma Protestante promoveu uma ruptura com essa forma de pensamento, ao colocar Maria entre os seres humanos comuns e, também, por recusar sua santidade. Para os ideólogos da Reforma, a única função que Maria teve em todo mistério cristão, foi conceber o filho de Deus. Uma vez que ela pariu a criança, voltou a ser apenas uma mulher, portanto, nenhum culto lhe seria devido. A Contra Reforma saiu a público para denunciar que negar a castidade e virgindade de Maria era blasfêmia. Como consequência, tem-se uma dicotomização do lugar de Maria no ideário cristão: para os católicos ela é uma imagem santificada, representa a virtude; para os protestantes, uma mulher e, como tal, falível. Contudo, para ambos os segmentos, o lugar da mãe é bastante semelhante: dedicação, sacrifício, castidade, amor incondicional e perene. A mãe de Cristo não apenas é aquela que consola, mas traz consigo um pensamento acoplado que permanece até a contemporaneidade: ela promoveu um distanciamento entre o ato reprodutivo e o materno, sendo este último sagrado e imensamente mais importante que o primeiro, essencialmente mundano.

Até o século XVIII a função maternal não sofre maiores mudanças, ou seja, com exceção da mãe de Deus, a maternidade não passa de um assunto de “mulheres” que cuidam da infância e educação das crianças e, por essa razão mesmo, não recebe valorização alguma da sociedade.

Como bem afirma KNIBIEHLER (2004), a maternidade possui uma complexa sequência: puberdade, fecundação, gravidez, parto, aleitamento, maternagem, educação e separação. E, nesse percurso, a mulher não vivencia essas etapas sozinha, mas no seio de uma comunidade social, banhada de grosso caldo cultural. E esse ‘caldo’ é composto de duas tradições igualmente fortes e antigas: uma ligada às questões da terra e da fecundidade, confirmando à mulher sua função reprodutora e maternal; outra, instalada no curso da Idade Média, a partir da tradição cristã, em que a castidade é mais valorizada que a fecundidade, convidando as mulheres a permanecerem virgens até o momento das núpcias. De um ou outro modo, o que se evidencia é que desde muito cedo as meninas aprendem seu lugar e o papel de

seu sexo. Como diz a autora acima citada: “A puberdade sela seu destino: o sangue das regras, dotado de um alto valor simbólico, o anúncio do sangue da defloração e o sangue do parto” (Tradução livre)¹⁰⁹.

Confeccionar o enxoval, a roupa pessoal, como também a de cama, mesa, e banho que será usada após o matrimônio, assim como aprender o ofício do preparo dos alimentos para colocar à mesa, cada uma dessas fases serve de espaço para a meditação acerca do corpo e sua destinação, o lugar que vai ocupar na vida privada, mas também frente à comunidade. Há uma preocupação com o preparo desse corpo feminino para bem conduzir as ações de cunho doméstico. O mesmo ocorre nos festejos de casamento, em que tudo faz lembrar que os casais contraem matrimônio para procriar: o arroz jogado nos noivos simbolizando uma promoção da fertilidade, do mesmo modo que comer o bolo juntos, as danças que simbolizam a sedução que conduzirá ao ato sexual etc.

Apesar de todo esse ritual, em seus primórdios, a Igreja enxergava no nascimento das crianças algo de vergonhoso, a atualização do pecado, da concupiscência, do estigma de ser o ser humano filho de uma Eva desobediente que provou o fruto proibido¹¹⁰. Eis o porquê das dores do parto, tidas como modo de expiação da culpa desse pecado capital, lugar de provação e de submissão das mulheres. Depois do delito, a elas foi reservado o degrau inferior. Por outro lado, mesmo as mulheres que optavam por uma vida casta e dedicada à Igreja, não escapavam da tarefa de maternar e educar os órfãos em atividades de assistência social aos mais pobres.

¹⁰⁹ “La puberté scellait son destin : le sang des règles, doué d’une haute valeur symbolique, annonçait le sang de la défloration e le sang des couches.” (KNIBIEHLER, p. 37, 2004).

¹¹⁰ ALMEIDA (1992).

9.3. *Métier* de mulher: o corpo feminino

*“É observando como vive uma mamãe que uma menina se tornará uma mulher”*¹¹¹. A maternidade é um assunto de mulheres, uma fonte indissociável de identidade que fundamenta uma diferença socialmente reconhecida, mesmo quando ela não é vivenciada no corpo, como é o caso de mulheres sem crianças que exercem “alguma” maternidade em diferentes momentos da vida. E a sociedade ocidental como um todo imprimiu à maternidade a marca do amor completo, do amor total¹¹².

A maternidade é um momento e um estado; afinal, para além do instante do nascimento, a maternidade se prolonga por toda uma vida. Durante muito tempo, esses foram os campos ocupados quase que exclusivamente por mulheres: acompanhamento da gravidez, troca de experiências e informações, o que era ou não melhor a fazer nos diversos casos e/ou situações quando se estava diante do corpo feminino. Fora isso, havia as reuniões calorosas que representavam momentos de forte sociabilidade feminina: as visitas pós-parto que eram repletas de felicitações, presentes, expressões de admiração aos bebês, cocção de comidinhas, muita conversa e risos. A maternidade, quando assumida coletivamente, era o fundamento da identidade feminina, tanto no plano social, quanto no plano individual.

A partir do século XVI, as parteiras que até então eram respeitadas e mesmo admiradas pela excelência, mesclada a certa noção de benção, em colocar crianças no mundo, e tinham sua palavra e prescrições acatadas, passaram de modo paulatino, a ser vigiadas sob a acusação de promoverem magia, bruxaria, abortos e infanticídios, crimes abominados pela Igreja. Assim, começaram a entrar em cena os cirurgiões, com seus instrumentos e “competência” em usá-los para efetuar partos “difíceis” na extração do bebê do útero. Auto-proclamados doutos no emprego do fórceps (século XVII, com aperfeiçoamentos no século XVIII por Levret na França e Smellie na Inglaterra¹¹³), promoveram, pouco a pouco, o afastamento das parteiras desse campo, marcando o início das ambições masculinas no domínio obstétrico. Com a cesárea, trazida pelo professor Bar por volta dos anos 1880 –

¹¹¹ Tradução livre de : “C’est en regardant vivre sa maman qu’une petite fille deviendra une femme.” (DOLTO, 2009).

¹¹² BADINTER (1980).

¹¹³ Ver KNIBIEHLER (2004).

mesmo ainda permanecendo por muitos anos um procedimento mortal¹¹⁴ – o parto deslocou-se para o campo medicalizado e, por consequência, hospitalar e de domínio masculino. O hospital, paulatinamente, vai ganhando notoriedade e reconhecimento como lugar certo e seguro para a realização do parto: primeiro entre as mulheres pobres, despossuídas, que não tinham casa ou como receber a parteira; depois, o apelo de lugar seguro se expandiu de tal maneira a afastar essas primeiras mulheres, as quais tomaram caminho inverso, pois não mais havia leitos para recebê-las. Segundo PERROT (2006), é entre as duas grandes guerras que as mulheres mais abonadas passam a buscar primeiro as clínicas, e depois hospitais, para realização do parto.

Outro aspecto relacionado a esses primeiros momentos da medicalização do parto é a aplicação de medicamentos atenuantes da dor: a maldição de Eva, que pregava a dor como castigo ao delito cometido, passou a ser revista, muito embora existissem correntes que afirmavam a dor como importante fator no ato da passagem do bebê¹¹⁵. Para essas correntes a dor teria uma função “saudável”. O parto sem dor representava, nessa época, um atrativo a mais para buscar ajuda médica no momento de dar à luz, além das vantagens “higienistas”¹¹⁶.

A nova higiene inaugurada por Pasteur, bem como suas descobertas no campo das doenças infecciosas, que eram responsáveis pelas mortes das crianças e recém-nascidos que repletavam os cemitérios, foi preponderante nesse afastamento das mulheres do campo da saúde. O corpo médico, agora composto por “homens da ciência”, amparado pelo poder público, institui a pediatria como especialidade médica, assim como a puericultura. Todas essas ações promovem a desvalorização do chamado “instinto maternal” que, até esse momento, marcava a separação do universo das mulheres, baseado na experiência e na afetividade, daquele dos homens, dito racional e científico. Esse período é marcado pela ideia de que a maternidade, a partir daí, exigiria uma cultura marcada pelo saber da ciência.

Como desdobramento dessas ações a história mostra que, na prática, os médicos eram mais condescendentes e mantinham um tom mais cordial com as mulheres de camadas mais privilegiadas; com as mulheres pobres, as prescrições possuíam um tom imperativo e impaciente: era preciso seguir à risca e incondicionalmente o que eles orientavam em termos

¹¹⁴ THÉBAUD (1992).

¹¹⁵ Ver PERROT (2006), p. 96

¹¹⁶ Esses primeiros momentos da medicalização do parto me fazem pensar que eles em muito se assemelham aos dias atuais, onde o apelo às facilidades de conceber sob os auspícios de clínicas de RHA, que prometem rapidez, eficácia e resultado, tem seduzido muitas mulheres, não importando escolaridade, faixa etária ou nível social...

de esterilização de mamadeiras, banhos, tempo de sono, entre outras prescrições. A medicalização da reprodução se torna, desse modo, uma realidade no decorrer do último terço do século XIX. Como eram raras as mulheres nos cursos de medicina antes da primeira guerra mundial, ginecologia, obstetrícia e pediatria se tornaram campos de saber e excelência masculina e, portanto, arena em que os homens eram “os doutos”, únicos autorizados a prescrever e emitir diagnósticos.

Esse posicionamento, pouco a pouco, coloca o homem no lugar de conhecedor das “necessidades” do corpo da mulher, o que lhe autoriza o papel de controlador da fertilidade feminina. Com o discurso de que esse controle da fertilidade estava a serviço da sociedade, ele conquista, ao mesmo tempo, poder sobre o corpo feminino e controle sobre a sociedade.

Os cuidados de maternagem entre as mulheres são fatigantes e duros, e nada tem de instintivos, espontâneos ou naturais: resultam, como foi afirmado em capítulo anterior, de aprendizado constante, que se inicia muito cedo, no momento mesmo da famosa constatação: é menina ou menino? Respondida a questão, as meninas ficam ao encargo da mãe e os meninos, do pai. Portanto, o percurso de iniciação da maternidade influenciou fortemente a construção de uma identidade feminina, individual e coletivamente; a maternidade foi preponderante nesse percurso não apenas para transmissão da vida e da saúde da criança, mas igualmente para transmitir as bases de uma cultura e linguagem maternal, crenças, saberes, códigos morais e formas de sociabilidade.

9.4 Criança

*“Toda criança quer...
Toda criança quer crescer!
Toda criança quer ser um adulto.”¹¹⁷*

A Igreja privilegiava a família formada por laços afetivos e criada através de consentimento mútuo. O foco da família deveria ser a reprodução materializada nas crianças, frutos da relação matrimonial estabelecida. Segundo GOODY (1985), é na metade do século VI, talvez antes, que aparecem as primeiras representações bizantinas da Virgem Maria e a criança, quadros estilizados onde mãe e criança se olham. Esse autor cita ainda outras representações artísticas, já do século XIV, onde essa aproximação entre mãe e filho ensaia

¹¹⁷ “Toda criança quer”, letra: Péricles Cavalcanti, Palavra Cantada, cd: Pé com pé, 2004.

seus primeiros estreitamentos, com toques, seja das mãos ou dos rostos, estando próximos um do outro, demonstrando proximidade com intimidade, entre outros.

Nesse momento da história do mundo ocidental, as mulheres tinham certa autonomia ao escolher não ter crianças, seja fazendo abortos ou mesmo cometendo infanticídio, afinal a sociedade que circunscrevia e compartilhava seu cotidiano, admitia a necessidade cotidiana do não maternar. Dificuldades de diversas ordens se impunham e a subsistência era mais importante que conceber e parir crianças, que representavam mais dispêndio de recursos, sobretudo com alimentação. Os médicos corroboravam na compreensão de que, em certos setores sociais, as dificuldades se impunham e a maternidade poderia ser colocada em segundo plano, não sendo imperativo o nascimento de crianças¹¹⁸.

A partir do século XV, pouco a pouco, a criança cuja idade girava em torno de 8, 10 anos, passou a ocupar lugar de cada vez maior importância no contexto familiar, a ponto de, em fins do século XIX, ocupar um lugar central no âmbito familiar. A criança se torna sujeito de todo tipo de investimento, seja afetivo, econômico, educativo e, mesmo, existencial¹¹⁹. A criança passa a ser reconhecida como “ser social”, agora representando o futuro da nação, produtor e reprodutor, além de soldado. A criança se torna um valor de mercado, ou seja, a sociedade percebe que ela pode vir a ser um agente potencial de riqueza econômica. Aos poucos, a felicidade e realização humana migram da alma para a quantidade de homens passíveis de produzir riquezas.

A partir desse período o ser humano vai se tornando, aos poucos, mercadoria especialmente importante para o Estado, não apenas em termos de produção de riquezas, mas também de representatividade do poder militar. E esse poder estava imbuído de novos desafios, na constituição de colônias e na expansão territorial. Toda perda de crianças representava, desse modo, perda para o Estado. Era preciso conter a mortalidade infantil, portanto as atenções à criança não deveriam mais esperar até o momento do desmame: tinham que ser dispensadas antes, a partir do nascimento da criança.

Porém, toda essa ideologia do “dever” com relação ao Estado não teria atingido êxito, segundo BADINTER (1980), se não fosse pautada no discurso de um prazer e de uma gratificação intrínsecos à maternidade. Portanto, abandona-se a postura do maternar como

¹¹⁸ Ver BADINTER (1980), p. 99

¹¹⁹ PERROT (2009).

obrigação para com o Estado e propaga-se a ideia da igualdade, felicidade e amor, subjacentes à maternidade. O iluminismo dissemina duas grandes ideias que acrescentam um gradiente a esse desenvolvimento do amor maternal: primeiro, a de igualdade através dessa diferença do materno, entre mulheres e homens – são diferentes em gênero, porém seriam igualmente importantes frente a nação; e, segundo, a ideia de felicidade no lar através de uma descendência.

Esse momento histórico inaugura outra forma de ver a felicidade e o amor: felicidade não era mais um assunto do indivíduo, de busca pessoal, mas do casal. E para que as relações entre o casal, e entre este e suas crianças, fossem legítimas, era preciso que fossem fundadas no amor, porém não um amor passional, egoísta, instável; mas um amor equilibrado, quase amizade, repleto de ternura. Foi desse modo, com passos minúsculos e permeados do apelo do afeto, que a definição de amor maternal que posteriormente será consagrada como incondicional, foi sendo moldada. Gestada.

Todas essas pequenas e quase imperceptíveis mudanças que se dão na arena familiar, esse apelo aos sentimentos nobres e esvaziados de soberba, aos poucos vão posicionando a mulher em outro lugar, diferente da “filha de Eva”. Paulatinamente a ideia de mulher-Eva vai sendo substituída pela imagem da sensibilidade, razoabilidade, placidez, sobretudo se é uma mulher que está em vias de ser ou já é mãe.

Um conjunto de fatores, dessa forma, orchestra as mudanças: o casamento, agora não mais arranjado, mas fundado no amor, traz como desdobramento “natural” o desejo de procriação. Nada mais “natural” que esse desejo: se o casal se ama, é “normal” que queira ter “frutos” desse amor. Os pais amarão muito suas crianças e as mulheres, agora mães, à elas se voltarão com toda a alegria e disponibilidade que a maternidade suscita. A partir daí, uma família se forma. Segundo BADINTER (1980), Rousseau foi o filósofo que melhor descreveu todo esse discurso e ideologia.

“Sob essa ótica, se exalta sem cessar as doçuras da maternidade, a qual não é mais um dever imposto, mas a atividade mais desejável e mais doce que uma mulher possa esperar da vida” (p. 183 – tradução livre)¹²⁰

¹²⁰ “Dans cette optique, on exalte sans fin les douceurs de la maternité, laquelle n’est plus un devoir imposé mais l’activité la plus enviable et la plus douce qu’une femme puisse espérer.”

As mulheres deveriam ouvir o “chamado da natureza”, deixar que o corpo fosse usado de acordo com suas funções naturais. Que elas não abafassem a voz da natureza sob pena de punição. É nesse cenário que tem início, floresce e não para de crescer – até os dias atuais, eu penso – o que BADINTER (1980) chamou de “era das provas de amor maternal”. Tendo em vista todo material que resultou dessa pesquisa, fica em evidência o quanto o discurso do “chamado da natureza”, ou “da normalidade das famílias”, ou ainda “da completude natural de um lar”, tem força e consistência. No imaginário das mulheres desse estudo, nada mais “normal”, “natural”, “lógico”, que optar pela maternidade agora que estão construindo um relacionamento equilibrado, estável e maduro com o segundo marido. Seria “coroar” a relação como afirmou Camélia: *“Mas eu queria criar, gerar um filho e criar com essa pessoa que eu tô hoje. Seria como coroar o casamento. Seria a felicidade maior”*.

O bebê sonhado representará, segundo esse discurso, além do último elemento ausente na perspectiva do reconhecimento social, assim como pode ter, para parte delas, um significado a mais: agora que a vida apresenta outro cenário, tranquilo em termos financeiros e afetivos, estável no campo familiar, o bebê pode representar também a realização de um desejo íntimo de maternar. Agregado às expectativas da sociedade, também pulsaria um desejo individual de ser mãe.

Todavia, o desejo de maternar, de ter uma criança, não chega ao ponto de incluir a adoção, tão importante é a noção de filiação pelo sangue, que desde esse momento mostra sinais de incrustação no imaginário social.

Voltando àquele mesmo Iluminismo, século XVIII, os médicos passaram a impor rígidos postulados, como por exemplo, o de que toda criança deve ser concebida e nascida nas melhores condições possíveis. Na prática, mulheres que confiavam suas crianças às “amas de leite”¹²¹ começaram a ser mal vistas e desqualificadas, ou seja, não eram mães adequadas, traíam sua natureza, com seu coração duro e odioso¹²². Isso porque o corpo da mulher era considerado a matriz do corpo social: era preciso ser competente e eficaz na função de reprodutora. O amor materno deveria ser a consagração total da mãe à criança. Isso se tornou um valor da civilização e um código de boa conduta feminina, que se fortaleceu ainda mais com a entrada do século do XIX.

¹²¹ Prática muito difundida na França, mas que teve fortes ecos no Brasil, sobretudo através das negras amas de leite – ver FREIRE (1989) e RIBEIRO (1996).

¹²² KNIBIEHLER (2004), p. 62

Com a Revolução Francesa a maternidade passou a um patamar de estatuto político. Por toda Europa, ecoaram os discursos sobre a importância da maternidade no contexto social, seu papel junto às crianças e, por essas razões, a necessidade da participação da mulher nas decisões políticas. Porém, todo esse movimento não durou muito: em 1794 as mulheres foram proibidas de participar das assembléias de decisões coletivas na França. Mulheres foram perseguidas e a elas foram imputadas acusações que pareciam renascer da Idade Média: bruxas, monstros-fêmeas, bacantes, entre outros. Portanto, a maternidade que no começo da Revolução Francesa dava impressão de proporcionar poder às mulheres, preocupada em ouvi-las no contexto da tomada de decisões políticas, era também artifício de justificação no sentido de impedi-las em participar das assembléias: em virtude mesma da maternidade era preciso que a mulher ficasse em casa cuidando da administração do lar e da educação das crianças, e deixasse ao encargo dos homens as decisões políticas de impactos sociais.

Lentamente, a temporada de intensa valorização da criança toma lugar. O discurso da importância das mulheres dentro do lar, cuidando da família e do maior bem dela, a criança, se imiscuiu silenciosamente, mas com força fenomenal, cujos desdobramentos podem ser sentidos na contemporaneidade. Essa importância um tanto exacerbada tem ainda outro aspecto: a criança passou a ser vista como o maior de todos os bens, sendo, inclusive, considerada como insubstituível. E esse é um capítulo interessante da história humana: se até alguns séculos atrás a criança apenas era contada como ser humano após completar 7 ou 8 anos de idade (salvo exceções esparsas), pois a mortalidade infantil era alta por questões de insalubridade mesmo, tempos depois, quando uma criança vinha a óbito, possuía funeral e luto de semanas inteiras de lágrimas. A saúde infantil se tornou foco de preocupação e atenção maior dos pais após seu nascimento. Era preciso estar atento para que uma infância saudável tivesse lugar nas casas onde moravam as crianças.

O desdobramento dessa importância desmedida da criança cresce e adquire estatuto de verdade irrefutável: ninguém questiona ou duvida do caráter precioso de que toda criança é imbuída até nossos dias atuais. Portanto, “é natural” proteger, cuidar, amar e zelar pelo bem-estar da criança a despeito das contingências.

Essa forma de ver e perceber a criança ganhou vigor, atravessou o século XX e dele saiu ainda mais arraigada. Os respingos desse cuidado extremo com o bebê podem ser observados no aumento das inovações tecnológicas no campo da alcunhada medicina neonatal, assim como da puericultura e da pediatria. A criança ganhou lugar e identidade

social. Há um conjunto de ações que dela se espera, bem como dos adultos que dela se ocupam. Para se ter uma ideia desse crescimento social significativo, no Brasil há uma legislação específica que supervisiona os interesses de crianças e adolescentes, conferindo-lhes tratamento especial tendo em vista sua condição de menor de idade e, portanto, precisando de amparo no trato das questões de justiça¹²³.

Entre as mulheres desse estudo, o valor simbólico de uma criança na família era irrisório à época da primeira gravidez. Elas afirmaram não ter a percepção que tem hoje da importância da criança na vida de um casal. Assim como ocorreu para justificar o fracasso no casamento ou na formação da primeira família, a imaturidade aparece novamente para explicar a pouca ou nenhuma importância que atribuíram às suas primeiras crianças. Pariram porque era “natural” que assim fosse. Mas o entendimento do que significava aquele bebê, que raras vezes ficava em seus braços, é algo que, confessam, não tinham a mínima ideia.

“Eu tive uma filha dele [primeiro marido] com quinze anos e com dezessete anos eu já tive a segunda filha dele. Quando eu olhava aquelas crianças ali eu pensava: “Meu Deus e agora?”. Eram tão pequeninas e eu nem acreditava que tinha saído da minha barriga...” (Margarida, 36 anos)

“Como eu era muito nova, eu peguei e dei minha menina para minha mãe. Então ela é registrada no nome da minha mãe e do meu pai. Ela é como se fosse minha irmã mais nova.” (Petúnia, 33 anos)

“(...) com quinze anos eu fui mãe, sem nem saber direito como aquele bebê saiu de dentro de mim. Era boba, não entendia das coisas.” (Acácia, 36 anos)

À época da constituição de sua primeira família, o cuidado das crianças não era exclusivo das mulheres, à época, meninas-mulheres, como elas se auto-referem: uma rede formada por familiares, e mesmo vizinhos, se mobilizaram no sentido de ajudá-las. Uma primeira justificativa que decorre da formação dessa rede era o fato delas serem ainda muito

¹²³ Criado em 1992, o Estatuto da Criança e do Adolescente, ECA, confere às crianças e adolescentes, a saída do *status* de objeto e o tratamento dos indivíduos enquanto sujeitos. Além do ECA, ações visando a melhoria das condições de vida das crianças tiveram e ainda tem apelo fortemente popular, como Criança Esperança (da emissora de televisão Globo), Mc Dia Feliz (da rede americana, gigante, do ramo de lanches), entre outras ações, e a criação de organizações não-governamentais (ONGs) que objetivam cuidar dos interesses das crianças.

jovens no momento do primeiro parto. Por essa razão, a mãe – no caso avó da criança, tias, primas casadas e com experiência de maternidade, mesmo vizinhas, de um ou outro modo, se aproximavam para se solidarizar no cuidado da criança, em seus primeiros anos de vida. Esse universo era mormente feminino e o cuidado permanecia, mesmo com o advento da separação. Assim, as crianças ficaram, na maioria dos casos, com avós, irmãos e parentes, quando elas decidiram deixar suas cidades de origem para buscar trabalho e melhores condições de vida em São Paulo.

Depois desse primeiro encontro com a maternidade e com a criança, as mulheres desse estudo passaram por um período que elas denominaram “amadurecimento”. Esse período, segundo elas, foi caracterizado por sua saída da casa dos pais, de sua comunidade, seguida da chegada em São Paulo, a busca de trabalho e posterior estabilidade, tanto emocional quanto financeira. Durante as narrativas elas deram ênfase ao fato de terem ficado “solteiras” por um tempo que elas julgam razoável, entre a primeira e a segunda relação matrimonial. Algumas chegaram a afirmar que intuía que jamais voltariam a casar novamente.

“Eu passei sete anos sem ninguém para morar junto, eu dizia, homem não dá certo para morar junto, a gente tem é que ficar só mesmo, é melhor a gente sozinha, né?”
(Petúnia, 33 anos)

Além disso, após a fase de namoro, de conhecer o parceiro e a família dele, da decisão sobre o casamento (em alguns casos concomitante à coabitação), a convivência cotidiana ocasionou a volta da maternidade como tema na pauta das conversas para a maioria delas, ainda que haja algumas que afirmaram que a gravidez foi tema de conversa ainda na época do namoro. Mas há uma diferença entre os dois tipos de “conversa”: na época do namoro, o assunto surge junto com a informação da laqueadura. Todas afirmaram que informaram sua condição de incapacidade de gravidez com algum tempo de relacionamento, porém antes do casamento e, como já foi afirmado anteriormente, essa informação é tida como ponto de honra para elas: é mister comunicar-lhes a respeito da laqueadura. Como se o fato deles a aceitarem a despeito disso fosse prova contundente de amor.

Nessa primeira “conversa”, segundo elas, a questão da maternidade voltar à cena é remota, levada na brincadeira, uma vez que elas sabem das impossibilidades que as cercam. O relacionamento prossegue e as questões relacionadas ao casamento, aquisição da casa,

organização do lar, ocupam parte do tempo de ambos. E a volta ao tema da maternidade fica adiada.

O segundo momento da “conversa” acontece quando a vida do casal entra numa fase que elas nomeiam estável: ambos trabalham, tem algum conforto no pagamento das contas e na organização doméstica geral, e a família dos dois passa a exercer certa pressão, de modo velado ou através de brincadeiras, perguntando, por exemplo, se realmente não haveria como fazer reanastomose, como comenta Jasmim: *“Teve um churrasco, o pessoal ficou falando: ‘Não tem jeito de desfazer essa cirurgia não? Eu já vi no Fantástico umas mulheres que estavam na justiça porque tiveram filho depois da operação’”*.

Portanto, tem-se diversos motivos que influenciam o desejo de maternidade dessas mulheres. Além da recomposição familiar, elas percebem que uma gravidez no momento atual de suas vidas poderia ser o resgate de um ideal de maternidade que ficara no passado. Há também um sentimento de gratidão frente à generosidade dos maridos atuais. Como a percepção delas a respeito deles é a melhor adjetivada possível, não haveria razões para não tentar através da RHA essa gravidez. Seria como revisitar a maternidade em homenagem ao novo marido.

E a volta a esse lugar já conhecido, porém com outras possibilidades, num outro contexto histórico e social de suas vidas, foi reconhecida por essas mulheres o ingresso numa espécie de “segundo tempo” (em alusão aos jogos de futebol) da maternidade:

“(...) eu me recuperei [da separação], sabe assim, emocionalmente e eu vi que queria outro filho. Sabe, assim, segundo tempo? [risos]. Segunda chance de poder ter filhos mais tranquila, mais madura, com a pessoa que amo...”
(Magnólia, 30 anos)

Nessa nova e atual fase da vida, todas são unânimes em afirmar que são “outras”, estão preparadas para a maternidade agora, pois até aqui não conheceram o verdadeiro sentido do maternar. E no que consistiria esse “verdadeiro sentido do maternar”?

“E hoje não. Agora eu sei o valor de ser mãe, de poder ter o meu bebê e cuidar dele. Vou saber cuidar muito melhor dele. Essa pessoa é toda merecedora de ser pai. Ele é muito bom pra mim.” (Perpétua, 39 anos)

“Porque quando a gente é mãe parece que tudo se transforma, né? Pelo fato do ato da maternidade em si, sabe? Que só uma mãe sabe expressar como é, né? Tão gostoso. E agora que sou mais madura, eu sei. Tão maravilhoso uma criança em casa. Traz tanta coisa boa. É por isso.” (Magnólia, 30 anos)

“Eu sou cada vez melhor como mãe, eu acho. Tenho muito amor pra dar e saberia cuidar ainda melhor desse bebê...” (Rosa, 42 anos)

“Eu queria sentir direito agora. Porque agora eu tenho idade pra falar assim, ter meu filho, cuidar do meu filho sozinha [sem a presença da mãe], uma gravidez pra mim que era sozinha. Quando eu tinha as minhas gravidez nem te falo [porque] nem lembro. Pra mim era passado, aí passou. Eu quero agora. Eu quero sentir agora como que é uma pessoa grávida com a idade que eu tô. Aí sim, eu vou saber cuidar muito do meu filho porque vou ter uma gravidez que eu não tive antes.” (Margarida, 36 anos)

A criança que num primeiro momento era vista com estranhamento por elas, agora toma outro lugar, talvez um tanto idealizado. Há um aspecto reforçado de que quando elas tiverem esse bebê de FIV, poderão maternar de “verdade” ou “do jeito que deve ser”, sem a intromissão de ninguém, sem amparo, sozinhas. Elas julgam que nesse momento de suas vidas tem autonomia para o exercício de maternagem.

Dentre as mulheres que entrevistei, a maioria tem uma lacuna que fica entre três e treze anos entre a cirurgia da laqueadura e a busca de ajuda tanto pra tentar fazer a reanastomose. Logo que é constatada a impossibilidade de reversão, há a busca do tratamento de RHA. Esse foi o tempo de “maturação” a que elas se referiram. Com a casa e o relacionamento em ordem, a criança passa a ser foco do casal.

O desejo por um bebê é tão intensamente afirmado e enfatizado, que uma questão sobressaiu nesse percurso: o que há nas entrelinhas do que é narrado por elas? Um desejo legítimo de maternar ou o desejo de ter uma criança em casa? Há uma diferença significativa aí. A criança em casa é demanda maior que o desejo de maternar?

9.5 Maternidades

Quando se assiste ao nascimento de uma criança, no momento mesmo do parto, a repercutida representação do encontro da mãe e da criança, onde entra em cena o sorriso banhado de suor da mãe, os carinhos de primeira hora na criança, o cuidado nos afagos, o contato com os fluidos corporais misturados ao sangue sem o menor semblante de nojo, o direcionamento posterior do rebento ao seio, todos esses passos que parecem provas irrefutáveis de uma ação orientada por um suposto “instinto natural de mãe”, e que são, de fato, produto da cultura. Esse primeiro encontro é tão controlado pela sociedade que outro comportamento e/ou ações não são esperados de nenhuma mulher. Qualquer outra reação que ela possa vir a ter é encarada como patológica¹²⁴. A mulher tem que demonstrar extrema e infinita felicidade nesse primeiro encontro com o bebê. É imperativo.

Afinal, a individualização da mulher no discurso social, médico e mesmo intelectual, passa por maternidade sadia. E o engrandecimento da maternidade, desde os tempos coloniais aqui no Brasil, foi elaborado e sintetizado por teólogos e médicos, que traçaram a imagem de que toda mulher, para desfrutar a normalidade, a sanidade mental e a boa conduta, deveria experienciar a maternidade. Mas uma maternidade no âmbito do modelo “santa mãe”.

Paulatinamente toma lugar a ideia de que os cuidados e a ternura da mãe são rigorosamente necessários para a sobrevivência e o conforto do bebê. A mulher vai cedendo a esse lugar de ‘boa mãe’ desde a gravidez, quando passa a observar sua alimentação, ter cuidados com o corpo e adotar trabalhos manuais não tão exaustivos. Esses cuidados persistem no pós-parto, na higiene corporal do bebê e dela própria, além de prosseguir com a ingestão de alimentos leves e nutritivos.

Todas essas mudanças de valores e cuidados podem ser percebidas em diversas sociedades do lado ocidental do globo, com variações específicas nos diferentes contextos históricos. Entretanto, a ideia de “boa” e dedicada mãe pode ser observada em cada uma dessas sociedades.

No Brasil, o ideal materno acompanhou essa linha de raciocínio e, segundo THERBORN (2006) em seu estudo, a despeito da diminuição do tamanho das famílias, persiste forte o desejo de ter filhos entre as brasileiras. Há a busca pelo trabalho no mercado,

¹²⁴ Tem sido corrente nos meios acadêmicos trabalhos sobre depressão pós-parto e temáticas afins.

porém o discurso da plenitude feminina através da maternidade tem raízes fortes e bem incrustadas em nosso imaginário e em nossa sociedade.

Segundo MARTINS (2004), o discurso racionalista, fruto de um debate que girava em torno da saúde da mulher, ressaltava a importância da participação desta na educação e na formação das crianças do lar. Numa construção ideológica que articulava “natureza” e sociedade, a mulher era vista como elo entre dois estados: ocupando-se de sua criança e assim exercendo o papel de cuidadora, nutrindo-a e educando-a; e desempenhando uma função social e moral, preparando homens robustos que se ocupariam do futuro da nação. Com essa definição de mulher-mãe, os médicos passaram a produzir uma obra pedagógica sobre a maternidade¹²⁵.

Subsiste desse período a ideia de que uma mulher saudável e educada estaria apta ao exercício do papel de mãe e, na mesma proporção, ao de esposa. É nesse período que cresce e ganha corpo a corrente de pensamento que pregava a educação das mulheres para o lar, sua instrução. Era preciso que a mulher recebesse uma educação específica pra saber desempenhar bem seu papel nas lides domésticas. Era preciso que se inteirasse das normas higienistas.

Essa educação para a maternidade cumpria uma função importante no duplo processo de exclusão das mulheres do espaço público e do exercício da cidadania. Sua competência era atestada e aprovada, tanto maior fosse sua capacidade de discrição, invisibilidade, deixando espaço para que o marido e, posteriormente, sua descendência falassem por ela, exibindo sua força e excelência tão somente no lar. A educação feminina não tinha como objetivo nenhum princípio igualitário, mas o de reforçar a separação dos papéis sexuais.

Tal cenário, numa civilização como a brasileira, sobretudo a contemporânea, tem aspectos que lhe são peculiares. Desigualdade social que pode ser observada sem muito esforço. O que interessa ressaltar é a busca, cada vez mais comum, de soluções medicalizadas às questões antes tidas como sociais: existia (e existe) a adoção aos casais sem filhos com desejos de parentalidade. Entretanto, a busca de percursos medicalizados é caracterizada pela orientação que tem conduzido, mais e mais, rumo à conduta frequentemente tecnológica em que, se antes a relação das mulheres desse estudo era fundada na biologia, ou seja, se antes as crianças foram concebidas através da relação sexual, que é tomada como “natural”, hoje a

¹²⁵ MARTINS (2004), p. 226

concepção via laboratório, ainda que desejada, causa algo como estranhamento que, a título de exemplo, elas não conseguiram adjetivar. Então, sucede que embora repetissem diversas vezes que o “bebê de proveta” é tão filho quanto os anteriores, tão carne de sua carne quanto os outros, elas o classificam como diferentes, como “quase legítimos”. Uma vez que não foram concebidos por meio de relações sexuais, precisam de mais amor, seriam um tanto mais carentes afetivamente falando, necessitam de algum tipo de “compensação”, entre outros.

“Eu acho que ela [a criança] vai ser muito amada, sabe assim, por ela não ter sido feito da mesma forma que Gerânio e Girassol [nome dos dois filhos dela], que foram feitos [de forma] natural, ali. Pelo fato da ‘bichinha’ [a criança] já vim sofrendo demais, assim, ela já foi feita diferente, entendeu? Quando você faz, quando você faz o ato do sexo em si, ela vai sendo concebida sentindo aquele amor ali. Quando ela tá sendo feita lá [no laboratório], mesmo que você esteja amando ela por fora, você não tá sentindo. Eu acho que no momento que ela vier pra mim, pra dentro de mim, eu vou querer compensar o amor que ela não teve [através do ato sexual]. Você tá entendendo, né? Acho que você tem que amar bem mais. O tempo todo da gravidez e amar muito também depois. Porque, quando vem natural já vem amada desde o início, né? Espero ter muito amor, muito desejo. Quero ver ela logo. A maneira que eu espero é essa.” (Magnólia, 30 anos)

E, para completar, existem os imperativos culturais, como foi dito acima, que dão conta das ações: uma mãe deve ter um comportamento que reflita amor, sob pena de ter rótulos indesejáveis ou ser encaminhada para tratamento psiquiátrico, afinal atitudes de rejeição, entre outras, são patológicas e, igualmente, precisam ser medicalizadas.

“Porque uma pessoa pra fazer um negócio desse e outras coisas também... Uma mulher matar seu próprio filho, só tando muito doente mesmo. Não tem temor de Deus. Não é gente.” (Rosa, 42 anos)

“(...) uma mãe que faz uma coisa dessas, joga uma criança no rio, mata, aborta, não é mãe não! Uma mãe não faz isso com uma criança. Uma mulher dessa precisa tomar remédio pra cabeça.” (Violeta, 38 anos)

Interessa observar, também, que as condutas “apropriadas” do cuidado da mãe em relação ao bebê, sofrem mudanças constantemente, a exemplo de como educar uma criança. Entretanto, a ideia de que é a mãe quem deve ser a maior responsável pelo bebê, permanece¹²⁶. E essas concepções acerca do que é e de como deve se portar uma mãe foram sendo formadas, de início, no próprio seio familiar de origem. Posteriormente, essas noções aí aprendidas em longos anos de convivência, receberam acréscimos e revisões no contato com a sociedade: as maternidades que circundam o cotidiano dessas mulheres vêm corroborar ou acrescentar outras noções. Logo, se o estilo de maternidade é um reflexo da cultura e compreende um conjunto de valores relacionados com o que é a mulher, assim como também com o que é a criança, as atitudes delas variam de acordo com seu contexto histórico, localização geográfica e classe social¹²⁷.

E os papéis sociais são colocados pela sociedade mesmo antes da criança sair de dentro da barriga da mulher. Os aparatos tecnológicos colocaram à disposição uma série de possibilidades e de exames onde se tem as informações mais variadas a respeito da criança que vai nascer¹²⁸. Isso significa dizer que, mesmo quando ainda está na placenta, mergulhada no líquido amniótico, a criança é inserida no mundo da linguagem e dos papéis socialmente estabelecidos. Quando os familiares e/ou amigos entoam a conhecida pergunta: é um menino, cuja expressão remete ao universo da força, da agressividade, em resumo, virilidade; ou é uma menina, que remete ao universo da fragilidade, meiguice e beleza. Esse superlativo, assim como o diminutivo, empregados em um e outro caso, ilustram de modo eficaz como a sociedade demarca e distribui os lugares sociais, fortalecendo a dualidade dos sexos, como se o equilíbrio e a ordem social disso dependessem.

Como afirma KITZINGER (1996), quando a contemporaneidade propõe uma mudança ou certa flexibilidade nos papéis sexuais, as críticas explodem nos diversos meios sociais, talvez reflexo do medo de perda desse padrão de identidade dos sexos. Uma ou outra mudança pode ser aceita, desde que as mulheres sejam capazes de ser “boas” mães e de formar famílias, base da civilização. Afinal, ela são vistas como o fundamental canal de difusão da cultura a ser transmitida ao bebê, inserindo a criança no mundo da linguagem e,

¹²⁶ “Uma mãe “deve” sentir um amor incondicional pelo bebê. Deve sentir uma ternura protetora em todas as circunstâncias e em todos os momentos. Deve ser capaz de compreender o bebê e de responder convenientemente a todas as suas necessidades” (KITZINGER, 1996, p. 36 – tradução livre).

¹²⁷ KITZINGER (1996).

¹²⁸ Esta em voga tirar fotografias dos bebês na barriga, as propaladas ultrassonografias em 3D e 4D. Sobre isso ver: <http://eurp.edu.br/nucleos/noticiasInterna/pergunta/> ou <http://www.fetalmed.net/ultrassonografia-tridimensional-3d-4d.html>

com esse processo de inserção, ensinando as diferenças nos papéis sexuais exercidos por mulheres e homens. Todo esse movimento acontece de modo mesmo imperceptível: ecos do *habitus* que promove uma primeira camada de sedimentação na socialização da criança, inserindo-a num contexto histórico-cultural. Após esse primeiro contato com a mãe e seus ensinamentos, toda uma rede de indivíduos que compartilha o cotidiano da criança em seu círculo social reafirma e complementa essas noções de lugar social.

“Você começa a conversar com ele [com o bebê] e ele começa te entender, chuta, te dá resposta. Eu quero sentir isso.” (Camélia, 43 anos)

“Eu nem sei como eu criei; [foi] a minha mãe [quem as criou] porque eu mesmo não. Minha mãe, minha mãe. Porque quem criou as minhas filhas foi a minha mãe. Eu ajudava, eu ajudava assim, como se a [minha] mãe fosse a mãe e eu um tipo de ajudante. Pra você cuidar, jogar nas minhas mãos, eu tava perdida. Porque eu não sabia.” (Margarida, 36 anos)

“Queria poder ter esse filho, conversar com ele na minha barriga, contar o quanto ele é desejado...” (Dália, 38 anos)

No Ocidente existem mais obstetras do sexo masculino que do feminino, segundo KITZINGER (1996). A título de exemplo, fui verificar a situação em São Paulo, através da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo, a Sogesp, e constatei que no corpo diretivo atual, dos onze membros, figuram apenas duas mulheres¹²⁹. O dado é interessante em dois aspectos: primeiro porque mostra quem são as pessoas que tem poder na associação, quem zela pelos interesses desse grupo que é formado, em sua maioria, por homens; um segundo aspecto é que, ao buscar ajuda médica, a mulher pode manifestar sua visão de mundo, o modo de ser que condiz com sua condição de gênero e, muito possivelmente, essa visão de mundo não será partilhada pelo profissional que vai assisti-la, fato que possivelmente, ainda que não fatalmente, pode gerar ruídos de comunicação.

¹²⁹ Acesso em 10/09/2010, ver: <http://www.sogesp.com.br/diretoria.php>

O setor de Reprodução Humana do Hospital Pérola Byington é, igualmente, um bom exemplo disso: sua diretoria atual é quase integralmente composta por homens, tendo apenas uma mulher entre o corpo deliberativo.

De posse dessa informação sobre quem delibera no campo médico, ou seja, uma maioria homens, penso sobre como se desenrolam as relações entre médico e paciente. É sabido que a relação médico-paciente não é simétrica¹³⁰, sendo o médico a parte dominante. Quando uma mulher procura um hospital ou clínica para iniciar um tratamento na busca da gravidez, espera-se dela que tenha um comportamento calmo, aquiescedor e plácido, que valorize e preze o que o médico faz para ajudá-la, que seja rápida ao responder às questões colocadas, dando informações precisas, que não coloque muitas questões, nem repita perguntas já feitas e, acima de tudo, que contenha-se para não gerar instabilidade emocional, nem perturbar as outras mulheres que ali estão com os mesmos objetivos. Esse é o resumo do que ouvi com perturbadora frequência, não apenas entre as mulheres que entrevistei, como também nas conversas esparsas que tive no hospital, com mulheres outras que estavam ali em busca de tratamentos para fertilidade, nos corredores ou na sala de espera. Não obstante, esse tipo de raciocínio pode ser expandido para outras arenas médicas. O imperativo é ser “cooperativa”: para a boa condução dos procedimentos, para a calma necessária ao profissional que fará a intervenção e, sobretudo, para o próprio bem da mulher.

Aliás, se pensarmos no termo “paciente”, já vemos que ele está relacionado à “passividade”, aquele que é passivo, que tem paciência. E quando a mulher se comporta de forma passiva, paciente, acatando todas as orientações e prescrições, promove, a seu ver, uma relação menos conturbada com o médico, o que tem efeito em cascata: os embriologistas, os enfermeiros, os psicólogos, todos na equipe passam a identificá-la de modo positivo, como uma mulher que coopera. Afinal, ela “não incomoda” ninguém, nem com excesso de perguntas, nem com lamentações ou ansiedade. Acata todos os procedimentos sempre de bom grado e com sorriso de agradecimento. Esse tipo de comportamento, o receio em molestar o corpo médico com perguntas em demasia, foi relatado pelas mulheres desse estudo: tanto mais dóceis elas se apresentassem, melhor tratadas eram segundo suas percepções.

¹³⁰ COSTA (2010); CAPRARA (2004); COSTA (2004); JAISSON (2002); HONIG (2001); KITZINGER (1996).

“Aí ele [o médico]: “Você não tá acostumada?”[aos procedimentos de toque de tempos em tempos para saber como estava o colo etc.] Ele era um japonês, né? Eu disse: “Não”. Aí, ele disse: “Enfermeira, dá um soro [ocitocina] nessa daqui”. Quando essa agulha entrou com o soro... Nossa! Aquela dor vinha, mas eu ficava assim, ó [fez uma careta de dor]. Peguei o meu pé e enganchei na grade da cama da outra [vizinha]. Quando a dor vinha, eu empurrava com o pé a cama da outra com força, uma dor que as lágrimas molhavam aqui, mas não fazia escândalo nenhum, bem de boa. Eu sentindo dor ainda ia ter que aturar enfermeira de mau humor? De jeito nenhum!” (Deise, 45 anos)

“Não sei. [O médico] Não explicou pra que era. Falou que era do primeiro até o terceiro dia pra eu ir pro hospital, estando menstruada. Do primeiro até o terceiro dia. Eu não sei pra quê... A partir de agora eu não sei o que é que vai acontecer. Por que eu tenho que ir lá menstruada até o terceiro dia? Não sei.” (Perpétua, 39 anos)

“Até agora essa parte [do tratamento] ela não explicou nada ainda. Até agora não me explicaram nada. E eu não quero incomodar para não ter problemas depois. Deixa eles [os médicos] trabalharem quietinhos porque eles sabem o que estão fazendo.” (Margarida, 36 anos)

Por outro lado, o fato do corpo médico como um todo tranquilizá-las com frases soltas e não informando, por exemplo as etapas dos procedimentos de RHA, acaba tendo outro efeito: aumenta a ansiedade delas. Efeito semelhante ocorre quando são utilizados termos técnicos, elaborados, pois não tendo acesso a essa linguagem, elas acabam por acatar o que lhes é dito, muito embora não consigam reproduzir o que foi falado. Não apreendem, portanto, não tem conhecimento do que está sendo ou do que será feito. Tem-se uma equação bizarra: ainda que o médico imagine que cumpriu seu papel de informar à mulher os passos do tratamento, tenha imaginado que houve comunicação, nada transmitiu e, o que pode ser

mais grave, pode mesmo induzi-la ao erro, caso venha a administrar algum medicamento mais comprometedor. Ou fazer um procedimento cirúrgico, como foi o caso de Deise¹³¹.

Parece que há um domínio na arte de se falar para os indivíduos como se eles ali não estivessem. Ou, ainda, despersonalizando-os. Ao falar com as mulheres, o corpo médico fala de seus órgãos como se eles estivessem destacados dela enquanto indivíduo completo: os gametas que precisam ser retirados, o óvulo que precisa ser aspirado, as trompas que precisam estar em bom estado, o embrião que precisa ser viável, entre outros. Não se está falando do corpo da mulher, mas de órgãos, como se estes tivessem vida própria. Como se fossem algo exterior a elas, como se elas estivesse ali não pela maternidade, mas pelo bebê-objeto, como se elas, mulheres que ali se apresentam, fossem corpos sem história, afetos ou memória.

Compreendo que o discurso acadêmico seja douto, entretanto há que se encontrar meios de “relativizar” ou “flexibilizar” esse linguajar, esse jargão médico-científico, sobretudo em searas tão delicadas quanto as que se referem à maternidade dentro da perspectiva da impossibilidade de concepção, da esterilidade, por exemplo.

¹³¹ A história dessa mulher é um tanto emblemática: em nosso primeiro encontro, quando falamos sobre as razões que a levaram a fazer laqueadura, ela afirmou que seu filho recebera um diagnóstico confuso, que precisava ser investigado: ou seria portador de hemofilia, ou teria “Wolf le Blanc”. Tanto uma quanto a outra doença, dissera o médico na ocasião, eram transmitidas pela mãe, por essa razão, todos os eventuais futuros filhos dela teriam esse problema. Ela decidiu fazer laqueadura. A partir de uma comunicação médica, ela tomou uma decisão sobre seu futuro em termos de fertilidade. Quando fui fazer a transcrição dessa entrevista, voltei inúmeras vezes a esse trecho na gravação, não compreendia outro nome da doença senão esse que citei a pouco. Empreendi esforços na busca de definições dessa doença, pesquisei incansavelmente e nada de encontrar nenhuma referência. Em novos encontros com a Deise, voltei ao assunto da decisão sobre a laqueadura também para perguntar e confirmar o nome da doença que fora diagnosticada em seu filho. E, novamente, ela nomeou a doença como “Wolf le Blanc”. Após muito pesquisar sobre hemofilia e doenças do gênero, deparei-me ao acaso com a Doença de Von Willebrand. Em resumo: essa mulher passou quase 25 anos sem saber sequer o nome da doença que não apenas submeteu sua criança durante anos a exames exaustivos, segundo narrou, como também fundamentou sua decisão pela laqueadura.

9.6. Revisitar a maternidade

“A pessoa nunca está preparada para perder.”¹³²

O papel da mulher na construção das sociedades e Estados, como se sabe, passa necessariamente pelo lar, pois ela teria a função de assegurar o bem mais precioso de qualquer nação: a família, a harmonia do lar através da maternidade.

Segundo GOFFMAN (2009), parece que em todas as sociedades conhecidas, o sono, a educação das crianças, a alimentação, etc., são responsabilidade de pequenas instituições organizadas em torno de um casal, onde os papéis de mulheres e homens são claramente diferenciados, atribuindo às mulheres uma posição e um poder menor, com restrições ao uso do espaço público e frequentemente com as funções estritamente no âmbito doméstico. Daí, as mulheres podem ser definidas como pertencendo a uma ordem inferior a dos homens, ainda que – num paradoxo apenas aparente – elas sejam idealizadas, mitologizadas, através de atributos como maternagem, inocência, gentileza, beleza, sensualidade, tudo ao mesmo tempo.

BOURDIEU (1998) afirma, sobre a “eterna” discussão a respeito da diferença entre os sexos, que é preciso se perguntar quais são os mecanismos históricos responsáveis pela “desistorização” e “eternização relativa” das estruturas da divisão sexual e dos princípios de visão correspondentes. Posso elencar, em resposta a essa pergunta, mecanismos como, entre outros, a maternidade, a família, o significado social de criança e a paternidade.

A maternidade chega precocemente entre as mulheres desse estudo. À exceção de duas delas, todas as outras vivenciaram a primeira gravidez antes dos 20 anos de idade e todas tiveram o primeiro parto antes dos 25 anos de idade.

A despeito de todas as particularidades da vivência familiar em seus contextos específicos, há algo de unânime nos discursos delas: todas estabelecem uma nítida separação entre a (s)s primeira (s) gravidez (es) e a que está sendo planejada. Abundam adjetivos para um e outro momento, bem como elas os percebem como marcadamente diferentes. A gravidez veio como notícia esperada e, paradoxalmente, com perplexidade e surpresa: esperada porque somente esse – o “bucho”, a “prenhez”, a “barriga” – poderia ser o desdobramento do

¹³² Rosa Montero – A filha do canibal; Ediouro:Rio de Janeiro, 2007, p. 103.

amancebamento a que se renderam; surpresa, porque diante da concretude da notícia, o que fazer? Como agir? O que esperar? O que realmente iria acontecer a partir daquele momento? Elas mesmas se colocaram esses questionamentos, porém dez, quinze anos depois.

O que se pode observar a partir das narrativas dessas mulheres é uma espécie de ambiguidade que perpassa todo seu discurso: seja ao descreverem o passado; seja ao planejarem o futuro em termos de maternidade. Essa ambiguidade aparece na primeira gravidez, por exemplo. Os familiares ficaram contentes com a gravidez, afinal, a fertilidade do casal estava atestada e confirmada. Isso foi fator de júbilo, a despeito de todas as dificuldades financeiras e estruturais que os casais tinham, porque *“um bebê em casa é sempre uma alegria”*, como afirmou em vários momentos, em nossos encontros, Rosa.

À época dos primeiros contatos com a gravidez é narrada como algo muito distante, caracterizada por uma inocência perdida, ao mesmo tempo em que há um encontro com esse estranho que é o bebê cuja família, amigos, parentes e vizinhos, ressaltam a importância da necessidade de amá-lo incondicionalmente. Então elas afirmaram que amaram esse bebê, na mesma intensidade em que fizeram uma descrição um tanto autodepreciativa de si mesmas, como incapazes de cuidar desses bebês. Suas mães foram muito participativas, nessa época, executando uma espécie de co-maternidade: mais que ensinar como cuidar do bebê, elas de fato dele se ocuparam.

“A gente se amancebou e com 15 anos eu fui mãe, sem nem saber direito como aquele bebê saiu de dentro de mim. Era boba, não entendia das coisas.” (Acácia, 36 anos)

“Porque o primeiro era mais uma consequência, apareceu, pronto! Já que tá, beleza. (...) Mas às vezes, você não tá tão preparada pra ser mãe, pra... Você nem imagina como é, entendeu?” (Flora, 36 anos)

“Foi quando eu me separei dele e do... Tive que trabalhar. Então pra trabalhar eu teria que deixar... [o filho aos cuidados da mãe dela]. Eu só via o meu filho de 8 em 8 dias, entendeu? Eu trabalhava num hospital e só via ele aos finais de semana.” (Perpétua, 39 anos)

“Acho que essa gravidez [pela FIV] é completamente diferente de quando você é jovem. Você não tá nem aí. Você não curte o bebê. Você deixa com a avó. Você não tem maturidade. Você ter filho é mais... A primeira gravidez minha foi assim, mais pra dá uma resposta pra família, sabe? Você engravida... Você é criada pra casar e ter filho, né? Casar e ter filho. Casar e ter filho. E... Eu acho que o principal é isso.” (Camélia, 43 anos)

“Naquele tempo [quando casou] não seria bom eu engravidar, mas naquele momento. Naquele momento eu não poderia, não poderia. Não pelo fato de ver os filhos, aquelas coisas maravilhosas, mas financeiramente eu não estava podendo.” (Magnólia, 30 anos)

“E é assim, quando eu engravidei, eu era tão nova, que eu falo hoje em dia que eu não sei o que é ser assim [mãe], ter uma gravidez e ter uma criança assim de verdade, pra eu cuidar, porque eu não sei o que é isso. Porque [com] 15 anos de idade eu era uma criança. Eu caminhei e brincava com as minhas filhas.” (Margarida, 36 anos)

“Mas quando eu fui mãe, eu não fui porque eu planejei uma gravidez. Nem porque eu desejei uma gravidez. Eu fui mãe por falta de informação, entendeu?” (Íris, 30 anos)

“Eu casei muito nova. Eu casei com 14 anos, né? Era louca por ele. Tive a primeira filha com 15 [anos de idade] e a segunda com 17 anos” (Hortênsia, 33 anos)

Esse é o modo como elas compreendem e narram as primeiras experiências com a gravidez e com a maternidade. Fenômeno bonito, marcante, porém que não lhes é próprio, ou ao menos, que não é percebido como autenticamente delas, como se nesse período elas não tivessem sido protagonistas de suas narrativas. Elas pariram as crianças, não obstante avaliam hoje que não maternaram, como resumiu Camélia, logo acima: *“A primeira gravidez minha foi assim, mais pra dá uma resposta pra família, sabe? Você engravida... Você é criada pra casar e ter filho, né? Casar e ter filho.”*

No pólo oposto ao do descobrimento da capacidade de procriar, da inexperiência com o cuidado de bebês, das condições financeiras precárias, do relacionamento conjugal conturbado, é onde as mulheres desse estudo afirmam se encontrar atualmente. Compreendem e reiteram que todos esses obstáculos foram superados. Todas essas descrições fazem parte de um passado sofrido, mas que lhes foi necessário para poder prepará-las para essa gravidez que será obtida através da FIV, como resume Flora, quando estávamos finalizando o primeiro encontro que tivemos, no grupo de discussão:

“Hoje, é... A maioria delas aqui, todas é... [e aponta para o grupo e para si própria]. Nós estamos mais maduras, entendeu? A gente sabe o que quer. A decisão que a gente toma hoje, de ser mãe hoje de novo, entendeu? É uma decisão bem madura, bem pensada, bem... Minha vida financeira está estabilizada, entendeu? É... Tudo. Eu acho que de mãe, de trabalho, tudo tá bem, tô numa idade ótima pra mim, eu tenho 36 anos e eu acho que tudo tá bem planejado, entendeu? A pessoa que a gente escolheu é bem... A gente hoje convive num relacionamento ótimo, como eu acho que o de todo mundo aqui, entendeu? Agora a gente pode ter uma família de verdade, onde só falta mesmo o bebê dos dois. Hoje tá bem pesado, bem medido, a situação financeira está bem estabilizada, entendeu? É isso. Eu acho que o prazer, hoje, de ser mãe, de FIV mesmo, eu acho que tá sendo melhor do que quando eu fiquei grávida pela primeira vez, porque já está sendo bem planejado mesmo. Bem desejado.”

Como se percebe através de seu discurso, parece que foi preciso uma temporada de experiências não muito boas, desagradáveis até, para que hoje essas mulheres pudessem fazer uma avaliação e descobrir que estão social, estrutural e financeiramente aptas a exercerem a nova maternidade. Falta a resolução da questão física, fisiológica mesma, mas isso elas providenciaram quando buscaram o hospital para fazer um tratamento de fertilização *in vitro*.

Como afirmei acima, os adjetivos que caracterizam o planejamento da gravidez desse segundo leito conjugal são significativamente idealizados. Como se o desejo da realização da gravidez fosse mais mobilizador do que mesmo a perspectiva da chegada do bebê. Os rostos

delas quase que se iluminaram ao descrever sorrindo o que farão, como serão ou se comportarão após um possível parto, como serão como mães:

“Quando eu conseguir engravidar, a criança vai ser mais amada do que as outras duas gravidezes que eu tive. Vai ser mais desejado, mais esperado do que os outros que eu já tive [começa a chorar]. Agora eu vou poder ser mãe de verdade.” (Dália, 38 anos)

“Eu não faço nada de errado. Não como fritura. Eu como um pastel por mês que é fritura [todas na sala começam a rir]. Não faço nada de errado, faço tudo direitinho. Tem dez anos que eu parei de fumar por causa disso. Eu cuido do meu corpo, porque sei que depois a gente tem que tomar remédio, pra preparar o corpo pra ele receber o meu bebê. Cuido da minha saúde porque quero realizar o meu sonho de ser mãe novamente.” (Deise, 45 anos)

“Pra mim vai ser um motivo de muita... Emoção. Então pra mim vai ser muito lindo.” (Acácia, 36 anos)

“Eu quero ter esse filho porque agora vai dar pra ser mãe. O bebê que eu vou ter depois de todo esse tempo vai ser o bebê perfeito, mais amado, mais querido.” (Gardênia, 38 anos)

“Fico sonhando com isso. Meu bebê com nossa carinha, lindo, na nossa casa, gordinho e feliz. Eu já amo esse bebê.” (Hortênsia, 33 anos)

“Porque quando a gente é mãe parece que tudo se transforma, né? Parece que o momento fica mágico. Parece que as coisas fluem melhor, sabe? É pela energia boa que o filho traz. Por esse sentimento que é imenso que você usa palavras, mas que não tem palavras pra explicar. Só sentimento mesmo.” (Magnólia, 30 anos)

“Eu tenho medo... Na verdade é um medo meu, de eu tratar essa criança diferente, com mais amor. Com mais cuidado,

sabe assim? “Ai, não pode aqui, não pode ali”. E as outras [filhas] se enciumarem. Porque eu acho que eu vou ser mais mãe pra esse [bebê] do que fui pra outras duas.” (Maria Flor, 36 anos)

Toda essa idealização da nova maternidade parece ser eco de um *habitus* vivenciado, introjetado, desde a infância e que, frente ao novo enlace matrimonial, é retomado como uma possibilidade de refazer um caminho que tinha sido interrompido face ao fracasso do primeiro casamento. Tal forma de ver, perceber a maternidade, está presente em todo mundo social, como também está incrustada no corpo e no *habitus* dos indivíduos, mulheres ou homens. Este *habitus*¹³³ funciona como tela de filtragem perceptiva dos acontecimentos. Assim, todas as experiências das mulheres, quando a temática é a nova maternidade, são descritas como se elas vislumbrassem uma possibilidade de “acertar”, de “fazer direito” agora que as condições sociais, financeiras e emocionais, são aparentemente favoráveis.

“Assim, muitas vezes eu já tive até gravidez psicológica, de tanta vontade de engravidar que eu tive depois [da laqueadura]. Porque assim, hoje eu tenho a minha casa. (...) Hoje eu tenho um relacionamento estável. Hoje eu tenho uma profissão. Hoje eu me mantenho só, independente da renda do meu marido, entendeu? Hoje eu tenho condições psicológicas pra ser mãe e financeiras pra ser mãe.” (Íris, 30 anos)

Compreendo que a ordem social funciona, assim, como uma imensa máquina simbólica que, por suas características e organização, tende a ratificar algumas concepções, como a da maternidade enquanto lugar de realização feminina, meio de reconhecimento e legitimação familiar, entre outros. E, nesse sentido, o *habitus* vai se revelando enquanto construção contínua, de incorporação de uma distinção de valores e lugares, como por exemplo: o antes e o depois de uma possível gravidez bem sucedida por FIV. O antes, quando elas percebem e entendem que são vistas por todos (amigos, vizinhos e familiares) como casal junto ao marido, e não como família e, portanto, sem legitimidade de se auto-denominarem assim; e o depois, no futuro, quando tiverem o bebê nos braços e então poderão ser reconhecidos pelos familiares, amigos e comunidade, como uma *verdadeira família*.

¹³³ BOURDIEU (1998), p. 23

Nesse processo de busca pelo reconhecimento social enquanto família, como foi anteriormente referido¹³⁴, há ainda um fator preponderante a ser adicionado: a maioria dos maridos dessas mulheres, que perfazem um total de treze, não vivenciou a paternidade, não teve crianças, mesmo os que estão no segundo matrimônio, como elas. São homens sem descendência. E isso, na opinião delas, é muito triste.

Segundo as narrativas, os homens-maridos, estão distribuídos da seguinte forma:

Como se vê, a maioria é constituída de homens sem crianças. Eis o porquê do pesar que as mulheres expressam em suas narrativas, pesar que é reforçado pelos atributos positivos que lhes conferem; assim, segundo elas, seria uma injustiça tais homens que são exemplares, honestos, responsáveis, em resumo, perfeitos para exercer toda e qualquer paternidade, ficarem ao largo dessa experiência. É preciso que eles tenham uma descendência pautada na consaguinidade. Eles, segundo elas, *merecem*.

“É mais novo que eu, mas já era trabalhador. Me aceitou com duas crianças. Eu trabalhava e tudo, mas tudo ficou melhor quando casamos (...).E ele ali, bancando, que isso é uma coisa... Difícil, né? O pacote completo assim [ela como

¹³⁴ No capítulo sobre família.

esposa e suas duas filhas], e consciente que eu não ia poder dar um filho pra ele. Então assim, diante da pessoa dele, diante de tudo que ele faz pra as minhas filhas, né? Se é estável, se é bom, eu achei que um filho ia melhorar mais. Ele merece, poxa! Por isso eu cedi.” (Maria Flor, 36 anos)

“O meu marido atual, ele não tem nenhum filho. E é louco para ser pai. Então quando nós começamos o nosso relacionamento, né? Ele falou assim: “Te dou um ano pra engravidar”. [No que Perpétua respondeu]: “Você sabe que não pode ser desse jeito!” Aí foi quando eu corri atrás [começou a procurar um tratamento].” (Perpétua, 39 anos)

“Mas é só pela pessoa que o meu atual marido é, entendeu? Foi lá [em Pernambuco], falou como o meu pai e com minha mãe... Foi lá, tudo, e decidi tudinho. (...) E pra mim, é muito assim, eu vivo hoje e ele não tem filhos. Eu tenho filhos. Eu sei como é ter filhos. Acho que todo mundo tem que ter pra saber como é. E ele, eu sinto nele que ele vê uma criança, ele é apaixonado por criança até com a minha filha menor, ele, pelo fato dela ser menorzinha, ele é apaixonado pela menina, entendeu? Não teve a oportunidade de ter filhos, entendeu? Então agora ele está tendo a chance de ter uma nova família. Eu e ele estamos tendo essa chance e eu queria dar esse filho pra ele.” (Flora, 36 anos)

“Aí eu conheci essa pessoa e a gente se dá muito bem. Ficamos bem juntos. E ele não tem filho. Ele não tem nenhum filho. Aí juntou o sonho dele de ter um filho mais a minha vontade também de ter um outro filho. De passar pela experiência da gravidez e ser família novamente.” (Camélia, 43 anos)

BOURDIEU (1998)¹³⁵, afirmava que as estruturas de dominação são produto de um trabalho incessante – por isso mesmo histórico – de reprodução, para o qual contribuem indivíduos singulares e instituições: família, Igreja, Escola, Estado. A força da comunidade

¹³⁵ P. 74-75.

que rodeia essas mulheres as mobiliza no sentido de buscarem uma gravidez, um bebê, para somente após esses eventos reconhecê-las como famílias; e isso é algo que, segundo BOURDIEU (1998)¹³⁶, caracteriza a violência simbólica. Esta é sutil, delicada e invisível: os indivíduos reproduzem pensamentos, tratados, ideias e ideais, constantemente, ainda que não tenham clareza sobre esse fato. Por conseguinte, a dominação simbólica se exerce através de esquemas de percepção, de apreciação e de ação que são constitutivos do *habitus* e que fundam uma relação de conhecimento profundamente obscura, inclusive para o próprio indivíduo mesmo.

Ainda seguindo os ensinamentos de BOURDIEU (1998), entendo que seria ilusão crer que a violência simbólica é difícil de ser superada uma vez que seus efeitos estão duramente inscritos no mais íntimo dos corpos sob a forma de disposições (“tenho que” ter um bebê, de outro modo, como seremos reconhecidos como família?, por exemplo). Isso pode ser claramente visto na relação parental, onde todas as relações são concebidas e posteriormente reconhecidas segundo modelos do corpo social.

“[Indago, meio a uma conversa]: Você acha que a sociedade cobra mais dela [de uma amiga da Camélia, de quem ela falava sobre sua coragem em optar por não ter filhos]? *Ah, cobra. As pessoas perguntam o tempo todo: Você não quer ter filho por quê? Toda mulher tem que ter um filho. Não tem sentido a mulher vir no mundo e não ter um filho. [No que ela lembra a amiga responder]: “Ah, por quê? Eu não quero ter um filho é uma opção minha. Não quero ter filho”. Por que você não quer ter filho? “Eu não quero ter filho, eu não quero ter filho”. Ela [a amiga] fala: “Ah, eu não quero esses pestinhas chorando no meu ouvido, não”. Ela fala desse jeito. Ela fala assim: “Eu gosto de criança, assim, que fica comigo uma meia-hora e depois entrego para mãe. Ai pronto e acabou”. Foi uma opção dela, mas é muito difícil dos outros aceitarem essa decisão.”* (Camélia, 43 anos)

¹³⁶ Idem.

REFLEXÕES E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

10.REFLEXÕES E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS: duplo aspecto das discussões acerca da maternidade - o social e o tecnológico

10.1. O social: a discussão entre o “natural” o “cultural”

A frase afirmativa, veiculada nos meios de comunicação pela publicidade de uma conhecida marca de produtos infantis e transformada por mim em questão, “*Quando nasce um bebê, nasce também uma mãe?*”, parece, quando vasculhada nos interstícios do real, deslocada de sentido. O desenrolar do presente estudo, em cada uma de suas etapas, aponta que, ao contrário do que sugere a propaganda, o bebê só nasce após a mulher ter vivenciado, de modo simbólico, uma gestação da maternidade. A mulher gesta a mãe.

E, para que essa gestação ocorra, casamento é peça fundamental nesse tabuleiro. O casamento, em nossa contemporaneidade, parece ocupar novo lugar numa sociedade que reconhece aos indivíduos a liberdade de instituir ou não um laço, a liberdade de formar ou desmanchar um casal. Paradoxalmente, ainda que os indivíduos tenham posse dessa liberdade de escolha, por assim dizer, o casamento parece representar uma obrigação social, na medida em que a partir dele, todos esperam que dali, de casal, se passe ao estatuto de família. Há a expectativa do nascimento de crianças, da formação de uma prole consanguínea, que de dois, se passe a três, quatro, cinco...

E é justamente sob essas novas perspectivas de convívio familiar, que as mulheres reelaboraram os fracassos do amancebamento ocorrido na tenra juventude e tentam, nesse segundo enlace, usufruir de uma escolha que avaliam como mais consciente e madura. Disso decorre que longe de ser desvalorizado, até pelos desdobramentos da primeira união, o casamento encontra lugar, e um lugar importante, na vida delas.

Paralelamente, o amancebamento permanece visto como laço fragilizado, pois não é reconhecido como forma de união legítima. Isso ocorre talvez por falarem, atualmente, de um novo patamar em sua vida conjugal e social; as mulheres se sentiram mais livres para reproduzir a fala dos seus pais e familiares, condenando esse tipo de relação. Poderiam, talvez, silenciar, mas o *habitus* tem seu apelo... Apropriar-se do movimento histórico, das mudanças que têm ocorrido atualmente no âmbito da família, permite observar de modo crítico problemas que afetam esses laços familiares contemporâneos.

As desigualdades entre mulheres e homens no campo mesmo do mercado de trabalho, que continuam a expressar uma herança cultural onde o trabalho masculino é mais valorizado que o feminino, traduzem uma dificuldade nova para essas futuras mães: como conciliar, no meio urbano, longe da casa dos pais, portanto sem a rede de apoio comunitário, a vida familiar e a vida profissional? Ainda que a presença da mulher no mercado profissional seja, atualmente, considerada como processo social irreversível, as articulações e arranjos na esfera familiar e profissional permanecem relegadas aos cuidados da mulher. Nessa pesquisa, ficou clara a disponibilidade das mulheres em – até mesmo – abandonar o trabalho com o intuito de darem seguimento ao projeto de buscar uma nova gravidez, no que eram incentivadas pelo marido.

Fragilizadas pelas condições adversas do mercado de trabalho e pelo fenômeno da dupla jornada, as mulheres que participaram desse estudo continuam a ser responsáveis pela casa no que diz respeito ao trabalho doméstico, e ao cuidado das crianças. O primado maternal está presente em todos os segmentos e não apenas relacionado ao cuidado dos pequenos, e tem-se a seguinte racionalização: ao homem os cuidados de urgência, físico e exterior (e isso mais parece uma alusão aos genitais masculinos, o mesmo ocorrendo com a mulher, no outro pólo); à mulher, o cuidado cotidiano, afetivo e interior. Essas diferenças culturais, que são sutis e mesmo invisíveis no cotidiano, dada sua aparência de “natural”, são cruciais, e ajudam a demonstrar os limites da dinâmica de busca da igualdade.

Além dessa desigualdade entre os sexos, cujo “contrato de gênero”¹³⁷ igualitário entre mulheres e homens está longe de se estabelecer, há as diferenças entre as mulheres mesmo. De um lado, mulheres que conseguiram estabelecer uma carreira profissional interessante, bem remunerada, e que lhe permite acompanhar suas crianças em virtude das facilidades de conciliação dos horários de trabalho, acomodações domésticas, redes de apoio no cuidado da criança, casas confortáveis, e que não encontram muita dificuldade em conciliar sua feminilidade, maternidade e crescimento pessoal. Num outro extremo, tem-se mulheres que praticamente subsistem em meio a tanta precariedade de recursos: faltam redes de apoio como creches próximas aos locais de trabalho, empregos sem flexibilidade de horários e que remuneram mal, o que dificulta o acompanhamento e cuidado das crianças, além do tempo gasto dentro de transportes coletivos insatisfatórios. Para essas mulheres, chegar a casa representa uma segunda jornada de trabalho, com todos os afazeres ao seu encargo:

¹³⁷ Como diria THÈRY (1998), p. 71

organização doméstica, higienização das roupas e utensílios, além do preparo dos alimentos de todos. Elas se sentem fracassadas como mães, mas como mulheres também, como fica em evidência em seus discursos durante as entrevistas. Por isso a aposta alta no segundo enlace matrimonial.

Entre esses dois extremos de mulheres, as situações mostram que a conciliação de uma vida familiar e uma vida profissional, em muitos casos, é menos uma questão de identidade feminina em si mesma, mas um problema inegável de pertencimento social. Sublinhar essas desigualdades entre as mulheres leva a reformular duas questões tradicionais da discussão sobre a família: a significação do trabalho feminino, bem como certo movimento de “volta ao lar”, que tem aparecido de modo muito sutil nos diversos meios de comunicação como “solução para a atual decomposição da família”. BADINTER (2005) chama atenção sobre essa possível nova armadilha...

A volta da crença de que o retorno da mulher ao lar é um caminho a ser redescoberto pouco a pouco se imiscui na sutileza dos discursos bem intencionados e de fundo ecológico: até mesmo em nome da “mãe natureza”, seria importante que a mulher retomasse a casa como espaço privilegiado de ação. Dentro das classes privilegiadas, esse retorno pode ser que não seja tão sentido, afinal essas mulheres contam com ampla rede de apoio. Entretanto, nas camadas menos privilegiadas, a acumulação de dificuldades e de tensões cotidianas induz um profundo desencorajamento entre as mulheres. Para as que fizeram parte desse estudo, “voltar pra casa, ser do lar” pode parecer como um desejo, sobretudo nesse momento da vida em que tanto almejam uma criança para adquirir o reconhecimento frente a todos enquanto família. Mas esse desejo pode mascarar o risco de uma dependência econômica que repotencializa cada uma das dificuldades de sua história.

Mais que o desejo de revisitar a maternidade, as mulheres desse estudo almejam, de preferência rapidamente, uma criança consanguínea que personificará uma espécie de passaporte para a “normalidade” que todos que as conhecem parecem esperar dela e de seu marido: formar uma família de verdade. A despeito das consequências que podem daí advir em longo prazo.

10.2. O tecnológico: a ciência e a natureza

A RHA tirou a reprodução do âmbito “natural” e imprimiu-lhe a marca do domínio científico: manipulável, verificável e eficiente.

Depois do meu contato com o campo da reprodução humana, ao mesmo tempo em que encontrei essas mulheres que vivenciam em seu cotidiano a angústia de conquistar algum reconhecimento social, fiquei pensando em como refletir serenamente acerca de questões como: biologização da identidade de mães e parentalidade, o sutil “chamado da natureza” e seus efeitos no campo social e político. Sendo essa uma seara arenosa, como analisar esses temas sem cair numa crítica-denúncia, ou aquiescer numa apatia-alienadora?

Tenho a impressão de que efetivamente está em processo um crescente esforço em biologizar as identidades sociais. Ilustração desse fenômeno é a fundamentação do discurso de busca do bebê ancorada num instinto ancestral, incontrolável, ao qual devemos todos nos submeter, segundo a explicação de Flora:

“(...) a gente já nasce com o instinto, entendeu? Não precisa incentivar, dar boneca, isso, aquilo outro, a gente nasce com isso. E a gente já nasce com esse instinto, acho que já nasce com ele. A gente já nasce com esse instinto[de maternidade]. Pode fechar os olhos e deixar a mãe com o filho que vai dar tudo certo. Tanto é que o parto é natural. Se não tem ninguém ali pra fazer, o bebê nasce, a criança nasce. É natural aquilo. Alguém vem pra ajudar. Nasce e ali ela vai saber cuidar. Vai botar no peito, porque o peito vai ter leite, entendeu? Então aquilo ali é do instinto mesmo, da natureza mesmo, que já tem. Eu acho que não precisa você incentivar com uma boneca, com nada, que a própria criança já tem aquele instinto: se for menina, vai ser mãe. Vai saber cuidar, vai saber educar, isso é natural.”

Tal empenho biologizante mostra ainda mais a sua força se examinarmos o trabalho de outras disciplinas nessa matéria ao longo das duas últimas décadas do século XX, através de disciplinas no domínio do Direito (leis que buscam amparo para tornarem-se legítimas em exames médico-científicos), da Literatura (romances que tratam de descobertas familiares, desvendamentos de casos e suspense, biografias não autorizadas de bastardos, etc., todos com argumentos do campo científico, atestando-lhes um selo de autenticidade), da Psicologia (na corrente que tenta explicar comportamentos a partir de exames e balanços fisiológico-químicos, trabalhando em parceria com a Psiquiatria na administração de medicamentos auxiliares aos tratamentos), e das Ciências Sociais (que com o objetivo de compreender e de dar força às identidades sociais tais como de mãe, pai, criança, entre outros, acabam por reforçar conceitos com o apoio das explicações pautadas nos laços de sangue, genética, na acuração dita científica, que mede, esquadrinha e tenta promover esquemas aplicáveis gerais, como se os agrupamentos sociais fossem homogêneos, sem cultura ou historicidade)¹³⁸.

Considerarei, com as ciências sociais, que não é possível fazer uma análise dos fenômenos sem levar em conta os contextos sociais, culturais e históricos. Assim como, e ainda no escopo da historicidade dos indivíduos, não tenho como negar meu envolvimento afetivo com as mulheres do estudo.

Porém, retomando, essa biologização tem um traço abstrato, quando fala em patrimônio genético e concreto – *sangue do meu sangue; carne da minha carne*, quando aponta para o corpo para justificar e atestar seu discurso como verdadeiro e evidente. Uma vez consanguínea, a criança indubitavelmente terá a aparência dos pais, como afirmou Camélia em nosso segundo encontro: *“Eu tenho essa vontade mesmo de ter um bebê que seja a cara dele.”*

Há pouco tempo, a filósofa BADINTER (2005) alertou sobre o retorno do “naturalismo”, muito sutil e bem maquiado, imerso no discurso emocionante e estruturado que prega o retorno ao lar para a mulher, como lugar que tem sido abandonado nas últimas

¹³⁸ Sem contar as inúmeras séries de televisão (que são um fenômeno em termos de audiência, e se multiplicam ano a ano, sofisticando-se) onde a investigação “científica” é a grande estrela, para além dos raciocínios humanos dos profissionais envolvidos que, sem o acesso a exames e análises laboratoriais, não teria meios de desvendar diagnósticos ou crimes. A título de exemplo: “House”, “Law and order”, “Law and order – SVU”, “CSI” (que tem outras versões específicas em estados americanos, tais como Miami e Los Angeles), “Medical detectives” (esse baseado em crimes reais, mostrando como foram desvendados), “Bones” (onde há justamente uma discussão sobre o desvendar crimes “à moda antiga”, sem o uso de todo aparato científico disponível), entre outros.

décadas, porém onde ela sempre imperou com uma competência que ninguém mais está autorizado a ter. Portanto, a mulher precisa retomar seu lugar, porém de modo – evidentemente! – diferente das gerações de mulheres que a antecederam. As mulheres hoje teriam “outra” consciência. Entendem que precisam estudar e trabalhar, que precisam ter uma carreira profissional. E para tanto (e esse é o discurso que se ouve em rádios, jornais, novelas, filmes, livros etc.), não há necessidade de abrir mão da realização pessoal e da maternidade. É perfeitamente possível conciliar trabalho e maternidade. Todavia, em momentos mais decisivos, o “certo”, o “esperado”, o “ideal”, o (quase) “lógico” é abrir mão do primeiro em favor do segundo: mãe que é mãe não negligencia a criança. Pelo menos não é o que dela se espera.

A busca de comprovações de sangue, científicas e biológicas, denota uma necessidade de pertencimento: étnico, social, cultural e nacional. Como se a ciência fosse a única capaz de proporcionar isso aos indivíduos. Essa pesquisa biológica esconde, talvez, o que está nos porões de todas essas buscas: a questão atávica de saber, com alto grau de certeza, as origens que, por conseguinte, conferem singularidade a cada indivíduo.

E a RHA que apareceu no final dos anos 1970, ganhando fôlego no Brasil no final dos anos 1990, contribuiu dando robustez para esse movimento de descobertas de identidades biológicas: sobre a mãe ou sobre o pai. Como detém o capital do saber acurado, indubitável, seus métodos conquistaram o poder de enfatizar a separação de várias funções biológicas-fisiológicas: a relação sexual foi trocada pela IA, FIV ou, ainda, pela ICSI; a separação de mãe e bebê, através do útero de substituição; uma alternância de gerações, quando é a avó que dá a luz ao neto; uma dissociação de identidade, quando a gestante espera um bebê que não tem seu material genético, mas de um doador. Afinal de contas não há necessidade de pânico, considerando que na linguagem médica está tudo sob controle...

A RHA possibilita, nos dias atuais, o conhecimento por meio da ciência que pode proporcionar, a quem busca, um bebê cujo material genético é semelhante ao seu, sangue do seu sangue. Penso que essa biologização do social traz, ainda, outra questão subliminar, pois ao se submeter ao tratamento de RHA, a mulher perpetua e garante o ideal familiar: uma só mãe, um só pai, uma linhagem, em resumo, uma única e indubitável origem.

Se na história humana da filiação sempre houve o biológico e o social, nota-se um movimento crescente na busca de uma identidade comprovadamente biológica. Como se ela

fosse a identidade e não uma identidade. A onda crescente de biologização possibilitou um movimento de mulheres cujas gestações e nascimentos (modalidades de partos) são cada vez mais escolhidos: engravidar e parir podem ter agendamento de dia e hora... E essas são práticas bem reais, que nada tem da ficção elaborada pelo inglês Aldous Huxley em 1931, quando concebeu “Esse admirável mundo novo”.

Tem havido um movimento bem discreto de re-naturalização das identidades sociais, como ocorre com a mulher que, como mencionei acima, pouco a pouco vai sendo motivada a voltar para o lar e para os afazeres domésticos. Essa mulher vai sendo “cantada” e valorizada como ecologicamente responsável, preocupada não apenas com o futuro de sua criança, mas também com o futuro do mundo que vai deixar para os seus.

O que tenho ouvido nos discursos do campo ecológico, a título de breve exemplo, é a propaganda sobre o não uso de fraldas descartáveis e o retorno às fraldas de algodão, mais “naturais” e reutilizáveis¹³⁹; os discursos provenientes do campo da psicologia que sublinham a importância do contato constante entre mãe e bebê, pois o distanciamento dos dois pode resultar em danos irreversíveis para a criança e, assim, conclamam a mulher a ficar mais tempo em casa para melhorar a qualidade de vida do bebê, futuro cidadão que precisa ser bem assistido e amparado¹⁴⁰; os discursos do campo médico, informando de outros tantos danos aos bebês que não forem amamentados durante determinado período¹⁴¹. Sem entrar no mérito das “verdades” científicas e apenas fazendo um exercício de reflexão, penso que todos esses discursos, em campos diferentes do saber, convocam a mulher a retomar lugares e a reassumir identidades. Para o bem do Estado ou da Nação (e, há certa ênfase, seu próprio!), que ela se volte para o lar, lugar onde reina com “natural” e absoluta competência e deixe o mercado, o trabalho, enfim, a carreira profissional, porque em seu lugar aparecerão homens que possuem agressividade e competências outras que o qualificam para essas atividades fora do âmbito doméstico, ou mulheres que não querem filhos.

¹³⁹ Ver <http://www.theecologist.org/>. Um questionamento que gostaria de fazer aos especialistas do campo, por exemplo, seria a respeito de: a) ao lavá-las, a água utilizada iria para onde? Até onde sei, são poucas as cidades onde temos um verdadeiro tratamento de esgoto (tema nevrálgico debatido nas últimas eleições presidenciais 2010). Se a água vai para o rio, ter-se-ia aí um acúmulo de coliformes fecais; b) Para limpar os bebês e todo resto da população, haveria que se recorrer à água limpa, sempre. Com a lavagem das fraldas de algodão para limpá-las da urina e das fezes do bebê, junte-se a isso sabão e produtos químicos para lavagem, é necessário o gasto de mais água, porém paradoxalmente, o próprio movimento ecológico alerta para a importância da economia de água. Acredito que ainda estamos longe de uma solução ecologicamente viável e concreta. Penso que o campo precisa de mais reflexão com maior vigor acerca do assunto.

¹⁴⁰ Ver: www.facenf.uerj.br/v14n4/v14n4a18.pdf

¹⁴¹ Ver: <http://www.nutriweb.org.br/n0101/amament.htm>

A RHA prioriza o discurso de volta ao discurso biológico em detrimento da prática da adoção, na medida em que possibilita o nascimento de uma criança “parecida” com seus pais. A semelhança física como fator preponderante no discurso de valorização do laço genético, biológico. E esse é um dos argumentos evocados pelas mulheres desse estudo, quando afirmaram algo que resumo com a fala de Hortênsia, que tal qual Camélia afirmou acima, expressa seus sentimentos e os do marido: “*queremos um filho, assim, com a nossa carinha*”. Ou, ainda, quando o marido de Perpétua, que se recusa a recorrer à adoção, pois não conhecer as origens da criança é algo assustador em termos de futuro: e se algo der “errado” (tanto no sentido de doenças, quanto no sentido de condutas sociais)? Melhor uma criança “legítima”, ou seja, uma criança formada a partir do material genético do casal, consanguínea. Essa criança, assim concebida, deixa automaticamente o *status* de estranha e entra no terreno do que é conhecido, sem que os indivíduos percebam que estão presos a uma ideologia e que nenhuma garantia tem quanto a assegurar o futuro da criança, já que o futuro está sempre na dimensão do imponderável.

RAMÍREZ-GÁLVEZ (2003), afirma que:

“O sofisticado instrumental usado na produção da vida representa um extraordinário refinamento do desejo de domínio dos processos biológicos e corporais, através de sua dissecação ao nível molecular, da reversão do ciclo natural de finalização da maternidade na menopausa e, inclusive, da ruptura da reprodução sexual e sexuada. A reprodução humana se inscreve num projeto de domínio total da natureza, que se adéqua às condições sociais e culturais contemporâneas” (p. 225)

A legitimidade do que é corporal, do que é vivido e sentido em termos físicos, divididos entre os cuidadores, leigos e família, se estende aos próprios intelectuais com formações de fundo biologista. Eles tem progressivamente entoado um discurso de revalorização da gravidez, evento biológico e biográfico por excelência. No coração dessa promoção do “naturalismo” corporal pode se encontrar uma passagem à promoção contemporânea da “experiência concreta” que há muito já falava Joan SCOTT. “A experiência é sempre uma interpretação e ao mesmo tempo, precisa de uma interpretação”¹⁴².

Para mim, bastaria que as mulheres que fizeram parte desse estudo, e tantas outras espalhadas por São Paulo e por esse país, fossem mais bem informadas (sobre procedimentos

¹⁴² SCOTT (1992), p. 37

contraceptivos, laqueadura e seus riscos, RHA, efeitos colaterais e possibilidades de sucesso, entre outros) para, de posse desses conhecimentos, fazer suas escolhas. Afinal, passados três anos e meio, nenhuma delas ainda foi chamada para dar início ao tratamento de RHA. Continuam esperando: algumas ainda transbordantes de esperança, outras começando a desconfiar que talvez não seja possível o tratamento em virtude da idade e do fato do tempo trabalhar contra elas. Repetem em uníssono o que ouviram em algum momento no consultório do médico: quanto mais velhas, menores as chances de gravidez.

Petúnia afirmou que, na última vez que nos falamos, há três meses, desde que se inscreveu e recebeu um número de protocolo, fazendo parte da fila de espera, telefona todos os meses para o hospital para saber sobre o andamento da fila, se a chegada do seu número está próxima. Dália afirmou, também há três meses, que não tem sido fácil administrar a ansiedade que parece que só aumenta. A espera tem sido um sofrimento. Hortênsia disse que, pouco a pouco, tem se fechado em seu íntimo, acalmando seu coração ao dizer baixinho que *“não vai conseguir, não vai conseguir, não vai ser mãe novamente”*. Por outro lado, Deise narrou eufórica que tinha sido autorizado um empréstimo e que, no final desse semestre, iria tentar um ciclo num serviço privado, enquanto espera ser chamada pelo Pérola Byington; afinal, diz ela, *“tenho que tentar todas as fichas que tenho, todas as chances, pois meu tempo é mais curto que o das outras”*. Magnólia, também, estava começando a estabelecer contato com uma Fundação que faz tratamentos de RHA, mas que cobra cinquenta por cento do valor total do tratamento pela parceria que faz com o SUS. As outras com quem conversei, simplesmente aguardam.

À época dos nossos primeiros encontros, um dos temas de nossas conversas foi exatamente a ansiedade da espera: que fazer? O que poderia ser feito enquanto os dias passam?

Sendo o hospital Pérola Byington vinculado ao sistema público de saúde, seria interessante, dentro do serviço de reprodução humana, pensar em serviços de apoio durante a espera pelo tratamento. Um deles poderia ser a criação de uma equipe multidisciplinar (enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, biólogos, sociólogos, embriologistas, entre outros) que se ocupasse exclusivamente com o segmento de mulheres que aguardam sua vez no atendimento, independentemente do diagnóstico de infertilidade. Essa equipe ficaria responsável por elaborar planos de ações anuais e, a partir das metas estipuladas, seriam organizados encontros semanais com todas as mulheres que

estivessem interessadas nas ações desenvolvidas por esses profissionais. Nesses encontros, seriam retirados temas das falas das próprias mulheres, fruto de seus questionamentos.

O trabalho dessa equipe teria basicamente duas frentes de ação: a primeira, de cunho mais informativo, educativo mesmo, onde os significados, as técnicas, os tipos de tratamento, as novidades no campo da RHA, os sucessos e fracassos dos procedimentos, os efeitos adversos, todos esses temas fossem exaustivamente abordados; a segunda, com um viés talvez mais terapêutico, com a organização de rodas de conversas, lugar privilegiado onde as mulheres pudessem se encontrar para compartilhar sentimentos sobre a ansiedade, os medos, as expectativas, os planos, as rejeições, entre outros temas afetivos. O fortalecimento educacional aliado ao emocional, além de amainar a dor provocada pela espera silenciosa e vazia a qual as mulheres são hoje submetidas, pode propiciar uma tomada de decisão sobre o prosseguimento ou não do tratamento. Escolha pautada na autonomia.

REFERÊNCIAS

11.REFERÊNCIAS

- Abreu LG, Santana LF, Navarro PAAS, Reis R M, Ferriani RA, Moura MD. A taxa de gestação em mulheres submetidas a técnicas de reprodução assistida é menor a partir dos 30 anos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(1):32-7.
- Almeida AM. O gosto do pecado: casamento, sexualidade nos manuais de confesores dos séculos XVI e XVII. Rio de Janeiro: Rocco; 1992.
- Alvarenga AT, Schor N. Contracepção feminina e política pública no Brasil: pontos e contrapontos da proposta oficial. *Saúde Soc*. 1998;7(1):87-110.
- Badinter E. Rumo equivocado. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005.
- Badinter E. L'amour en plus: histoire de l'amour maternel au XVIIe - XXe siècle. Paris: Flammarion; 1980.
- Barroso C. Esterilização feminina: liberdade e opressão. *Rev Saúde Pública*. 1984;18(2):170-80.
- BEMFAM Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – 1996. Rio de Janeiro, 1997.
- Bourdieu P. Le bal des célibataires: crise de la société paysanne en Béarn. Paris: Éditions du Seuil; 2002.
- Bourdieu P. La domination masculine. Paris: Éditions du Seuil; 1998.
- Bourdieu P. Des familles sans nom. *Actes Rech en Sci Soc*. 1996;113(1):3–5.
- Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil; 1989.
- Bourdieu P. La distinction du goût. Paris: Éditions Minuit; 1979.
- Bourdieu P, Passeron JC. Les héritiers: les étudiants et la culture. Paris: Éditions Minuit; 1985.
- Braga MGR, Amazonas MCLA. Família: maternidade e procriação assistida. *Psicol Estud*. 2005;10(1):11-8.
- Butler J. O parentesco é sempre tido como heterossexual? *Cad Pagu*. 2003;(21):219-60.

Cadolle S. Être parent, être beau-parent: la recomposition de la famille. Paris: Éditions Odile Jacob; 2000.

Cadoret A. La parenté aujourd'hui: agencement de la filiation et de l'alliance. Soc Contemp. 2000;38:5-19.

Cancela CD. Destino cor-de-rosa, tensão e escolhas: os significados do casamento em uma capital amazônica (Belém, 1870 – 1920). Cad Pagu. 2008;(30):301-28.

Carneiro TF. Casamento contemporâneo: o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. Psicol Reflex Crit. 1998; 11(2):379-94.

Carvalho LEC, Cecatti JG, Osis M JD, Sousa MH. Número ideal de filhos e arrependimento pós-laqueadura. Rev Assoc Med Bras. 2006;52 (5):293-7.

Casey J. A história da família. São Paulo: Ática; 1992.

Castells M. Le pouvoir de l'identité: l'ère de l'information. France: Fayard; 1999.

Cerceau Netto R. As formas do concubinato diante do viver de “portas adentro” na antiga comarca do Rio das Velhas. In: Anais do 13. Seminário sobre a economia mineira; 2008; Belo Horizonte, Brasil.

Chartier R. Différences entre les sexes et domination symbolique. Ann Econ Soc Civilis. 1993; 48(4):1005-10.

Chauí M. Convite à filosofia. São Paulo: Ática; 2003.

Chaves AM, Cabral A, Ramos AE, Lordelo L, Mascarenhas, R. Representação social de mães acerca da família. Rev Bras Cresc Desenvol Hum. 2002;12(1):1-8.

Corrêa MV. Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites? Rio de Janeiro: Ed. Uerj; 2001.

Costa RG. Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da concepção. Rev Est Fem. 2002;10(2):339-56.

Costa RG. Sonho do passado versus plano para o futuro: gênero e representação acerca da esterilidade e do desejo por filhos. Cad Pagu. 2001/2002;(17-18):105-30.

Cova A. Où en est l'histoire de la maternité. *Clio*. 2005(21):189-211.

Cunha ACR, Wanderley MS, Garrafa V. Fatores associados ao futuro reprodutivo de mulheres desejosas de gestação após ligadura tubária. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(5):230-4.

Descarries F, Corbeil C. La maternité au coeur des débats féministes. Montréal: Les Éditions Remue-Ménage Espaces et Temps de la Maternité; 2002.

Devreux AM. De la dissuasion à la normalisation: le rôle des conseillères dans l'entretien pré-IVG. *Rev. Franç. Sociol.* 1982;23(22-3):455-71.

Dias R, Nahás EAP, Rogenski OM, De Luca LA, Viscomi FA, Lopes RGC. Síndrome Pós-Laqueadura: repercussões clínicas e psíquicas da pós-laqueadura. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1998;20(4): 199-205.

Diniz D, Foltran P. Gênero e feminismo no Brasil: uma análise da revista estudos feministas. *Estud Fem*. 2004;12(n.spe.):245-53.

Dolto F. Les mamans. Paris: Gallimard Jeunesse; 2009.

Durkheim E. La prohibition de l'inceste et ses origines. Paris: Éditions Payot & Rivages; 2008.

Durkheim E. Introduction à la sociologie de la famille. In: Émile Durkheim textes. Paris: Les Éditions de Minuit; 1975.

Fachini FC, Almodin CG, Minguetti-Câmara VC, Moron AF, Nakano R, Shimabuku L. Vitri-
ingá: um novo protocolo de vitrificação. *JBRA J Bras Reprod Assit*. 2008;12(4):16-9.

Faúndes A, Costa, RG, Pádua, KS, Perdigão, AM. Associação entre prevalência de laqueadura tubária e características sócio-demográficas de mulheres e seus companheiros no Estado de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 1998;14 Supl.1:49-57.

Fernandes AMS, Arruda MS, Palhares MAR, Junior NDB, Moreira MC. Seguimento de mulheres laqueadas arrependidas em serviço público de esterilidade conjugal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001;23(2):69-73.

Fernandes AMS, Bedone AJ, Leme LCP, Yamada EM. Laqueadura intraparto e de intervalo. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52(5):323-7.

Ferreira V, Ávila MB, Portella AP (Organizadores). *Feminismo e novas tecnologias reprodutivas*. Recife: SOS Corpo; 2006.

Fonseca C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica; *Saúde Soc.* 2005;14(2):50-9.

Fonseca C. De família, reprodução e parentesco: algumas considerações. *Cad Pagu.* 2007;(29):9-35.

Fonseca C. A certeza que pariu a dúvida: paternidade e DNA. *Rev Estud Fem.* 2004;12(2):13-34.

Fonseca C. Mãe é uma só? Reflexões em torno de alguns casos brasileiros. *Psicol Usp.* 2002;13(2):49-68.

Foucault M. *La volonté de savoir*. Paris: Gallimard; 2006.

Freyre G. *Casa-grande e senzala*. Rio de Janeiro: Record; 1989.

Frélastre G. Succès et échecs du programme de développement integre “polonoroeste” – Brésil. *Tiers-Monde.* 1985;26(104):889-920.

Goody J. *L'évolution de la famille et du mariage en Europe*. Paris: Armand Colin; 1985.

Goody J. *La famille en Europe*. Paris: Éditions du Seuil; 2001.

Goffman E. *L'arregements des sexes*. Paris: La Dispute/Cahiers du Cedref; 2009.

Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação de identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara; 1998.

Gomes IC, Paiva MLSC. Casamento e família no século XXI: possibilidade de holding? *Psicol Estud.* 2003;8(n.spec.):3-9.

Grossi M, Porto R, Tamanini M (Organizadores). *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios*. Brasília: Letras Livres; 2003.

Héritier F. *Masculin / Féminin: la pensée de la différence*. Paris: Éditions Odile Jacob; 1996.

Héritier F. Les deux sœurs et leur mère: anthropologie de l'inceste. Paris: Éditions Odile Jacob; 1994.

Houel A, Lhomond B. Avortement et morale maternelle (1968 – 1978). *Rev Sociol Franç.* 1982;23(3):487-502.

Jaisson M. L'honneur perdu du généraliste. *Actes Rech Sci Soc.* 2002;143(1):31-5.

Jaisson M. La mort aurait-elle mauvais genre? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale. *Actes Rech Sci Soc.* 2002;143:44-52.

Jaisson M. Les lieux de l'art: études sur la structure sociale du milieu médical dans une ville universitaire de province [thèse de doctorat]. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales; 1995.

Kerényi K. Os deuses gregos. São Paulo: Cultrix; 2009.

Kitzinger S. Mães: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Editorial Presença; 1996.

Knibiehler Y. Histoire des mères et de la maternité en occident. Paris: Puf; 2004.

Laplantine F. La maladie, la guérison et le sacré. *Arch Sci Soc Rel.* 1982;54(1):63-76.

Lévi-Strauss, C. Les structures élémentaires de la parenté. Paris: Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales; 2002.

Lopes MM, Piscitelli A. Revistas científicas e a constituição do campo de estudos de gênero: um olhar desde as “margens”. *Rev Estud Fem.* 2004;12(n.spec.):115-21.

Loyola MA. Cure des corps et cure des âmes. *Actes Rech Sci Soc.* 1982;43(1):3-45 .

Luna N. Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

Luna N. Pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *Rev Estud Fem.* 2001; 9(2):389-413.

Luz MT, (Organizador). O lugar da mulher. Rio de Janeiro: Graal; 1982.

Machado KMM, Ludermit AB, Costa AM. Changes in family structure and regret following tubal sterilization. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(6):1768-77.

Marcolino C. Planejamento familiar e laqueadura tubária: análise do trabalho de uma equipe de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(3):771-9.

Martins APV. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.

Matos MIS, Soihet R (Organizadores). *O corpo feminino em debate*. São Paulo: Ed. Unesp; 2003.

Mead M. *Sexo e temperamento*. São Paulo: Editora Perspectiva; 1988.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2000.

Minella LS. Aspectos positivos e negativos da esterilização tubária do ponto de vista de mulheres esterilizadas. *Cad. Saúde Pública*. 1998;14 Supl.:69-79.

Mizuno N. La notion de famille. *Rev. Internac. Droit Comparé*. 2001;53(4):831-51.

Moreira EL, Nardi HC. Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo maternidade(s) contemporânea(s). *Estud. Fem*. 2009;17(2):344-594.

Moreira SNT, Melo COM, Tomaz G, Azevedo G D. Estresse e ansiedade em mulheres inférteis. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(6):358-64.

Moreira MHC, Araújo JNG. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino? *Psicol Estud*. 2004; 9(3): 389-98.

Nascimento PFG. O que significa ter acesso? Reflexões sobre a relação entre “desejo de filhos” e a construção de políticas de saúde. In: *Anais da 2. Reunião Equatorial de Antropologia e 11. Reunião de Antropólogos de Norte – Nordeste*; 2009 Aug 19-22; Natal, Brasil.

Netto RC. As formas do concubinato diante do viver de “portas adentro” na antiga comarca do Rio das Velhas. In: *Anais do 13. Seminário sobre a Economia Mineira*. 2008; Belo Horizonte, Brasil.

Neyrand G. Sexualité, maternité, paternité, pouvoir: un espace en cours de restructuration. *La Pensée*. 2004;(339):39-50.

Olmos PE. Quando a cegonha não vem: os recursos da medicina moderna para vencer a infertilidade. São Paulo: Carrenho Editorial; 2003.

Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH, Duarte GA, Bailey P. Fertility and reproductive history of sterilized and non-sterilized women in Campinas. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(5):1399-404.

Osis MJD. Laqueadura e representações acerca da sexualidade e do papel reprodutivo. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH, Bailey P. Consequências do uso de métodos anticoncepcionais na vida de mulheres: o caso da laqueadura tubária. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(3):521-32.

Perrot M. História da vida privada. São Paulo: Companhia das Letras; 2009. V.4.

Perrot M. Mon histoire des femmes. Paris: Seuil; 2006.

Ramírez-Gálvez MC. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro. [tese de doutorado]. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP; 2003.

Reis RM, Azevedo GD, Navarro PAAS, Araújo CHM, Martins WP, Ferriani RA, Sá MFS. Resultados de fertilização *in vitro* em mulheres submetidas previamente à laqueadura tubária. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(12):715-20.

Ribeiro D. O povo brasileiro. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.

Rios MG, Gomes IC. Casamento contemporâneo: revisão de literatura acerca da opção por não ter filhos. *Estud Psicol*. 2009;26(2):215-25.

Santos BC. Psicanálise e feminismo: encontro entre discursos sobre a identidade sexual. In: Anais do 7. Seminário Internacional Fazendo Gênero; 2006; Florianópolis, Brasil. ST 33: Relações de gênero, feminismo e subjetividades.

Saraceno C. Sociologia da Família. Lisboa: Editorial Presença; 1992.

Scheffer BB, Scheffer RB, Scheffer JB. Gravidez com a técnica de vitrificação de embriões pelo método Cryotop em programa de ovoduação. JBRA J Bras Reprod Assist. 2008;12(2):37-9.

Schiltz MA, Pollak M. Identité sociale et gestion d'un risque de santé. Actes Rech Sci Soc. 1987;68(1):77-102.

Scott ASV. A contribuição da demografia histórica para a história da população e da família no Brasil

Scott JW. Experience. In: Butler J, Scott JW (eds.). *Feminists theorize the political*. New York: Routledge; 1992.

Sigaut F. Mariage, famille et parenté selon Paul Lacombe: l'évolution du mariage (1889). Paris: Ibis Press; 2009.

Singly F. Sociologie de la famille contemporaine. France: Nathan Université; 1993.

Tain L. L'hôpital, la femme et le médecin: la construction des trajectoires de fécondation *in vitro*. Population. 2001;56(5):811-44.

Tanaka ACA, Alvarenga AT. Tecnologia e medicalização na concepção e na anticoncepção. In: Galvão L, Díaz J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1999.

Thébaud F. O medo do ventre. Amor e sexualidade no ocidente. Porto Alegre/RS: L&PM; 1992.

Théry I. Couple, filiation et parenté aujourd'hui: le droit face aux mutations de la famille et de la vie privée. Paris: Éditions Odile Jacob; 1998.

Théry I. Recomposer une famille, des rôles et des sentiments. Paris: Les éditions Textuel; 1995.

Vieira EM. O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29(5):225-9.

Vieira E M. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: Berquó E, (Organizadores). *Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas, SP: Editora Unicamp; 2003.

Vieira JM. Era uma vez... Esta pode ser a sua história. Cad Pagu. 2006; (26):59-85.

Wajcman J. Tecnologia de produção: fazendo um trabalho de gênero. Cad Pagu. 1998;(10):201-56.

Wakita H. L'histoire des femmes au Japon. La "maison", l'épouse et la maternité dans la société médiévale. Persée. 1999;54(1):29-53.

Woortmann K. A etnologia (quase) esquecida de Bourdieu, ou o que fazer com heresias. Rev Bras Cien Soc. 2004;19(56):129-37.

ANEXOS

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PROJETO RECEBIDO NO CEP		CAAE - 0026.0.207.000-08	
Projeto de Pesquisa QUANDO NASCE UM BEBÊ, NASCE TAMBÉM UMA MÃE ? - (RE) CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MATERNIDADE E REPRODUÇÃO ASSISTIDA EM MULHERES LAQUEADAS			
Area(s) Temática(s) Especial(s) Não se aplica		Grupo	Fase Não se aplica
Pesquisador Responsável			
CPF 00285130706	Pesquisador Responsável Claudia Valença Fontenele	Assinatura <i>Claudia Fontenele</i>	
Data de Entrega 14/02/2008			
Recebimento: <i>[Assinatura]</i> Assinatura			

<http://portal.saude.gov.br/sisnep/cep/caae.cfm?VCOD=175968>

14/2/2008

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Of.COEP/ 88 /08

Protocolo	1780
Projeto de Pesquisa	QUANDO NASCE UM BEBÊ, NASCE TAMBÉM UMA MÃE ? - (RE) CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MATERNIDADE E REPRODUÇÃO ASSISTIDA EM MULHERES LAQUEADAS
Pesquisador(a)	Claudia Valença Fontenele

07 de ABRIL de 2008.

Prezado(a) Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP analisou, em sua 3.ª/08 Sessão ORDINÁRIA, realizada em 04/04/2008, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o protocolo de pesquisa acima intitulado e o considerou **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CNS/196/96 são deveres do (a) pesquisador (a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;
3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;
4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;
5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone

Professor Associado

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/COEP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª ANA CRISTINA D'ANDRETTA TANAKA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 175968	
Projeto de Pesquisa					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.06 - Saúde Coletiva - Epide.			Grupo Grupo III	Nível Epidemiológico	
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Maternidade, construção social-cultural, reprodução humana					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 30	Total Brasil 30	Nº de Sujeitos Total 30	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Claudia Valença Fontenele		CPF 002.851.307-06	Identidade 424.649 MMBR		
Área de Especialização SAÚDE PÚBLICA		Maiores Titulação DOUTORADO EM ANDAMEN	Nacionalidade BRASILEIRA		
Endereço RUA BORGES DE BARROS, 157 - APT. 13 - ED. CONDE DE ITU		Bairro SUMAREZINHO	Cidade SÃO PAULO - SP		
Código Postal 05441-050	Telefone (11) 8383.9801 / (11) 3875.6932	Fax	Email cvf@usp.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: 11 / 02 / 2008		Assinatura <i>Claudia Fontenele</i>			
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Centro de referência da saúde da mulher		CNPJ 46.374.500/0122-81	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Centro de Reprodução Humana		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Avenida Brigadeiro Luiz Antônio 683		Bairro Bela vista	Cidade São Paulo -		
Código Postal 01317001	Telefone 3242-3433	Fax	Email		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: Mano Cavagne		Assinatura <i>Dr. Mario Cavagna</i>			
Data: 11 / 02 / 2008		Assinatura <i>Dr. Mario Cavagna</i>			
Vinculada					
Nome Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo		CNPJ 63.025.530/0017-71	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Departamento de Saúde Materno-Infantil		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Av. Dr. Arnaldo, 715		Bairro Cerqueira César	Cidade São Paulo - SP		
Código Postal 01246-904	Telefone (11) 3066 7739	Fax (11) 30667709	Email coep@fsp.usp.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.					
Nome: Paulo Rogério Gelb		Assinatura <i>Dr. Paulo Rogério Gelb</i>			
Data: 11 / 02 / 2008		Assinatura <i>Dr. Paulo Rogério Gelb</i>

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Centro de Referência da Saúde da Mulher

Comitê de Ética em Pesquisa

TÍTULO DO ESTUDO: "Quando nasce um bebê,nasce também uma mãe?"

Ref: PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA

O Protocolo de Pesquisa Clínica : **"Quando nasce um bebê,nasce também uma mãe?"** o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido , foram avaliados por este Comitê de Ética em Pesquisa e considerados APROVADOS sem restrições. Para tal aprovação, foram seguidas as exigências das Resoluções nacionais 196/96 e 251/97, relacionadas a pesquisas envolvendo seres humanos. No presente projeto, foram devidamente enfatizados itens que correspondem ao objetivo do Estudo e seu racional; antecedentes científicos justificáveis; adequação dos materiais e métodos; referência bibliográfica pertinente; responsabilidade do pesquisador na condução do estudo.

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da legislação 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio de relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo. Solicitamos que este CEP seja informado quando da inclusão do primeiro paciente.

Atenciosamente

Dr. Jorge Yoshinori Shida
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do CRSM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I - Dados de Identificação.

Nome da entrevistada: _____
Documento de Identidade: _____
CPF: _____
Estado civil: _____
Número de filhos vivos: (____) / Número de filhos total: (____) / Abortos: (____)
Data de nascimento: ____/____/____ - Local de Nascimento: _____
Endereço: _____ N° ____ Apto ____
Bairro: _____
Cidade: _____
Cep: _____ Telefone (____) _____

II - Dados sobre a Pesquisa.

1. Título do Protocolo de Pesquisa: “Quando nasce um bebê, nasce também uma mãe?” – (re) construção social da maternidade e reprodução assistida em mulheres laqueadas.
2. Pesquisadora: Claudia Valença Fontenele.
3. Documento de identidade nº. 424.649 MMBR
4. Cargo/ Função: Socióloga.
6. Instituição onde se realizará a pesquisa: Centro de Referência de Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington.
7. Avaliação do Risco da Pesquisa: Baixo risco.
8. Duração da Pesquisa: 1 ano (realização da coleta de dados).

III - Registro das explicações do Pesquisador ao entrevistado sobre a pesquisa consignando as seguintes informações:

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que tem como título “Quando nasce um bebê, nasce também uma mãe?” – (re) construção social da maternidade e reprodução assistida em mulheres laqueadas.

Esta pesquisa investiga como as mulheres laqueadas reconstroem a maternidade através de procedimentos de reprodução humana assistida. Esta entrevista demora aproximadamente 50 minutos e, se necessário, poderemos marcar outro encontro. A entrevista poderá ser gravada, se você consentir, e o uso desta fita será apenas para esta pesquisa. As informações que você fornecer não serão associadas ao seu nome e não há possibilidade de que você venha a ser identificada. O tratamento que você tem recebido nesse hospital tampouco será afetado. Caso você decida não participar, pode desistir, a qualquer momento, sem que haja problemas com seu

atendimento nesta instituição. Se você desejar, poderá receber informações desse estudo. Se você concordar em participar, por favor, assine este termo de consentimento e receberá uma cópia do mesmo.

IV - Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias do sujeito da pesquisa.

1. Acesso, a qualquer tempo, às demais informações que julgar necessárias.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência médica na instituição.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

V - Informações de nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa, para contato em caso de quaisquer esclarecimentos.

Em caso de dúvidas você poderá entrar em contato com a pesquisadora, Claudia Valença Fontenele, telefone (11) 3061.7128 e do Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP, telefone (11) 3061.7742.

Responsável pelo Comitê de Ética do Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington: Dr. Jorge Yoshiori Shida – Telefone: (11) 3248.8087.

VI - Consentimento pós – esclarecido.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar desta pesquisa.

São Paulo, 11 de Agosto de 2008.

Assinatura da entrevistada.

Assinatura da pesquisadora.

FORMULÁRIO – DADOS DAS MULHERES

NOME	
NATURALIDADE	
DATA DE NASCIMENTO- IDADE	
ESTADO CIVIL	
PROFISSÃO	
ESCOLARIDADE	
ENDEREÇO	
NÚMERO DE FILHOS	
NÚMERO DE FILHOS VIVOS	
ABORTOS	
REVERSÃO ANTES DE RHA	
INSTITUIÇÕES ANTES DO CRSM/SP	
NÚMERO DE IRMÃOS	
PROFISSÃO DOS PAIS	
PROFISSÃO E ESCOLARIDADE DO MARIDO ANTERIOR	
PROFISSÃO E ESCOLARIDADE DO MARIDO ATUAL	
OBS	