

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS
HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA**

***DESEJO DE FILHOS E INFERTILIDADE: UM ESTUDO
SOBRE A REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO BRASIL***

ROSANA MACHIN BARBOSA

Orientadora
Prof. Dra. Maria Helena Oliva Augusto

Tese apresentada ao Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Doutora em Sociologia.

São Paulo
1999

Agradecimentos

A trajetória empreendida nestes anos de pesquisa contou com o apoio valioso de diversas pessoas, a elas o meu agradecimento.

À Maria Helena Oliva Augusto, que me acompanha desde os tempos de graduação, agradeço a valiosa orientação da tese, o incentivo para que o trabalho se concretizasse, assim como, o carinho sempre presente.

À Eleonora Menicucci de Oliveira, amiga e grande incentivadora, pelas sugestões, críticas e acompanhamento desse trabalho.

Ao Dr. Joaquim Costa Lopes e a Dra. Maria Cecília Brandi pela disponibilidade e atenção, no fornecimento de informações sobre a clínica de Brasília e na indicação de usuárias para entrevista.

Ao Dr. Jonathas Borges Soares e Dr. Artur Dzik, coordenadores do Ambulatório de Esterilidade Conjugal do Hospital Pérola Byington, pelo apoio recebido possibilitando que a pesquisa fosse realizada nesse serviço.

À Alcina C. Meirelles pelo acolhimento, pelas sugestões e conversas durante minha permanência no serviço do Hospital Pérola Byington.

À Alexandra A. Cardoso, Luzami B. Colavito e Lilian Padilha Santos, pelo apoio valioso na localização de mulheres para as entrevistas.

À Aparecida dos Santos Canha, Alecssandra Prado Gomes, Gabriela Féris Ribeiro e Gisele Franco por terem me introduzido no universo do laboratório de reprodução humana e auxiliado na compreensão dos processos biológicos envolvidos nos procedimentos.

Ao Dr. Yaron Haneiry e Dr. Luís Eduardo T. Albuquerque, médicos da equipe do Hospital Pérola Byington, que prontamente responderam muitas dúvidas.

Às médicas estagiárias Renata Scarabichi, Martha Flores e Simone Ribas, pela atenção durante o período que estive acompanhando o atendimento no Ambulatório de Esterilidade Conjugal.

Ao Wilson Yamamoto e Donaldo, da diretoria de informática do Hospital Pérola Byington, pela disponibilidade e fornecimento de informações sobre as mulheres atendidas.

À professora Maria Arminda do Nascimento Arruda pelas críticas e valiosas sugestões no exame de qualificação.

À minha amiga Mônica Muniz pelo carinho, acompanhamento e leitura interessada desse trabalho.

À Isabel do Céu pela presteza e pelo carinho com que nos acompanha na pós-graduação.

Agradeço ao CNPQ o apoio que recebi através de uma bolsa, durante boa parte da extensão do doutorado, sem a qual não teria sido possível completar o trabalho.

Ao Ivan e a Bebel pela compreensão em face de minhas ausências e pelo amor de todos os dias.

Finalmente, meu agradecimento especial a todas as mulheres que revelaram suas histórias.

SUMÁRIO

	Pág.
Resumo	VI
Abstract	VII
Lista de Tabelas	VIII, IX
Lista de Abreviaturas	X
Introdução	1
Percurso metodológico.....	6
Capítulo 1 - Medicina e Reprodução	14
A legitimação da medicina.....	14
O nascimento da clínica.....	21
A apropriação do corpo feminino.....	27
A medicalização do processo reprodutivo.....	31
Capítulo 2 - A Reprodução Humana no Brasil	42
A saúde reprodutiva e a assistência médica.....	43
Os métodos contraceptivos.....	49
A assistência obstétrica.....	56
Mortalidade materna e infantil.....	59
A construção social da infertilidade.....	63
Capítulo 3 - Medicina e Tecnologia no Campo da Concepção	65
Infertilidade e esterilidade.....	69
As técnicas de reprodução assistida.....	79
Inseminação artificial.....	80
Fertilização <i>in vitro</i>	82
Técnicas complementares.....	86
As indicações para a reprodução assistida.....	92
As práticas e os riscos envolvidos.....	97
Resultados e custos do uso das técnicas.....	111

Capítulo 4 - Reprodução Assistida no Brasil - Estudo Empírico	130
Histórico da reprodução assistida no Brasil.....	131
Serviços disponíveis no país.....	136
Perfil da população atendida - Hospital Pérola Byington - S.Paulo.....	145
Experiências femininas e masculinas com as técnicas de reprodução assistida... 151	
A relação do tratamento com o trabalho.....	159
Os diagnósticos e os procedimentos.....	166
Atendimento médico e tratamentos anteriores.....	187
A sexualidade e a vida afetiva.....	197
Pensando as técnicas e a maternidade.....	203
Algumas considerações sobre as narrativas femininas e masculinas.....	217
Capítulo 5 - Desdobramentos da Reprodução Assistida	220
Abordagem social da infertilidade.....	221
Novos e velhos laços de parentesco.....	231
Aspectos éticos da reprodução assistida.....	236
Considerações Finais	249
Referências Bibliográficas	254
Entrevistas Realizadas	268

RESUMO

Este estudo trata das formas de intervenção médica no campo conceptivo, conhecidas como tecnologia reprodutiva ou reprodução assistida. Essa tecnologia é abordada como uma das últimas etapas do processo de medicalização da reprodução, historicamente construído. O processo teve início com o acesso da medicina à cena do nascimento, até então dominada pelas mulheres e pela ótica doméstica e, aos poucos, expandiu-se por todo o campo da reprodução: na gravidez, no parto, na anticoncepção e, mais recentemente, na concepção. A competência médica que se instaurou estabeleceu noções sobre corpo, sexualidade, aleitamento, maternidade, enfim, sobre todos os temas relativos à reprodução humana.

O estudo também trata da maneira como essas técnicas foram introduzidas e difundidas no país, reproduzindo a mesma lógica excludente presente na assistência à saúde. Visando conhecer as práticas relacionadas à reprodução assistida, foi feito um acompanhamento de dois serviços voltados ao tratamento da infertilidade: um público - Hospital Pérola Byington, em São Paulo, e uma clínica privada - Cenafert, em Brasília.

Nesses serviços, foram realizadas entrevistas com mulheres e homens, que buscam essas técnicas para realizar o desejo de maternidade e paternidade por vias não naturais. Os relatos revelam a experiência vivenciada pelas pessoas e a maneira como essas técnicas operam no país.

Discute, ainda, os aspectos éticos e sociais relacionados à busca de um filho pelas tecnologias reprodutivas e seus desdobramentos em termos de filiação, sexualidade e de relação entre os gêneros.

ABSTRACT

This study examines the different ways of medical intervention in the field of conception, known as reproductive technologies or assisted reproduction. This technology is approached as one of the last stages in a process of medicalization of reproduction, historically constructed. The process has begun with the access of medicine in a birth scene, which was initially dominated by for women and domestic optics and slowly expanded towards every aspect of reproduction field: pregnancy, childbirth, contraception and, most recently, conception. The medical competence gathered knowledge about the body, sexuality, lactation, maternity, and finally, about all subject related to human reproduction.

The study also examines, how these tecnicas were introduced and diffused in the country, reproducing the same logic excludent presents in health care. In order to know the practices used for assisted reproduction, research was done with two services that deal with infertility treatment. A public one, Hospital Pérola Byington in São Paulo and a private clinic, Cenafert, in Brasília.

Interviews were carried out in these services, with women and men who wish to fulfill the desire to the parents by non natural means. The results document the experience of these people and the mode as these techniques operate in the country.

The study discourses, moreover, the ethical and social aspects related to the desire to have children through reproductive technologies and its consequences in terms of parenthood, sexuality and relations between the genders.

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1	
Distribuição das causas específicas de esterilidade mais comuns nas mulheres da África ao Sul do Sahara.....	75
Tabela 2	
Distribuição das causas específicas de esterilidade mais comuns nas mulheres em países desenvolvidos.....	76
Tabela 3	
Número de bebês de proveta e data dos primeiros nascimentos por país - 1986.....	83
Tabela 4	
Ciclos de tratamento e gravidez clínica segundo tipo de procedimento na América Latina - 1995.....	118
Tabela 5	
Ciclos de tratamento, gravidez e bebês em casa, segundo ano - Hospital Pérola Byington.....	121
Tabela 6	
Ciclos de tratamento, gravidez e bebês em casa, segundo ano - Cenafert.....	123
Tabela 7	
Pacientes atendidas no Ambulatório de Esterilidade segundo ano - Hospital Pérola Byington.....	146

Tabela 8	
Pacientes atendidas no Ambulatório de Esterilidade segundo idade - Hospital Pérola Byington.....	147
 Tabela 9	
Pacientes atendidas no Ambulatório de Esterilidade segundo estado civil - Hospital Pérola Byington.....	148
 Tabela 10	
Pacientes atendidas no Ambulatório de Esterilidade segundo residência - Hospital Pérola Byington.....	149
 Tabela 11	
Pacientes atendidas no Ambulatório de Esterilidade segundo profissão - Hospital Pérola Byington.....	150
 Tabela 12	
Perfil das pessoas entrevistadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher - Hospital Pérola Byington - maio/julho de 1998.....	155/156
 Tabela 13	
Perfil das pessoas entrevistadas no CENAFERT - Brasília/DF - maio/julho de 1998.....	157

LISTA DE ABREVIATURAS

AID/IAD - artificial insemination of donor semen/ inseminação artificial com doador

AIH/IAM - artificial insemination of husband semen/ inseminação artificial com marido

ESCA - esterilidade sem causa aparente

FIV - fertilização *in vitro*

FIVETE - fertilização *in vitro* com transferência de embrião

GIFT - gamets intra-fallopian transfer/transferência de gametas para a trompa

IA - inseminação artificial

ICSI - intra cytoplasmatic semen injection/ injeção intracitoplasmática de sêmen

TET - tubal embryo transfer/transferência de embrião para a trompa

TPC - teste pós-coito

ZIFT - zygote intra-fallopian transfer/transferência intratubária de zigotos

INTRODUÇÃO

Como poderia começar a falar sobre desejo de filhos? Por que caminhos é possível apresentar ao leitor este estudo sobre casais em busca de bebês? Inicialmente, construir um objeto de investigação e de pesquisa implica buscar um amplo referencial bibliográfico para conhecer os domínios, as críticas e análises no âmbito do campo de saber escolhido. Relaciona-se, certamente, com escolhas e opções que nessa busca já delineiam as nossas preferências e avaliações acerca do tema. Nesse caminho, encontrei muitas análises repletas de afirmações negativas e críticas quanto às técnicas disponíveis, seja no âmbito da literatura internacional, seja da pouquíssima produção nacional existente. Só havia uma ausência permanente nesses trabalhos: as mulheres e homens que buscavam filhos por meio dessas técnicas. Ouvir diversos depoimentos sobre a busca de filhos, como fizemos, é comovente e triste. Coloca-nos uma série de questões sobre relações de gênero, desejo, relacionamentos, sexualidade, maternidade, paternidade, ciência, poder, corpo, prazer, sofrimento e dor. E, naturalmente, a dificuldade de poder lidar com tantas interfaces que a temática nos apresenta. Mas os depoimentos pessoais nos forneceram vários sentidos e significados para essa busca por filhos. As pessoas desejam um filho porque não têm, porque querem dar um sentido à vida, porque precisam continuar amando e serem amadas, porque têm medo da solidão e de serem abandonadas, porque querem companhia ou porque buscam realização pessoal e social.

E, em busca de um filho por meio da reprodução assistida¹ os casais encontram um mercado capaz de fornecer-lhes as últimas novidades, apoiado por uma divulgação

¹ Reprodução assistida é o termo que designa um conjunto de técnicas médicas voltadas para o tratamento de situações de infertilidade, tais como, fertilização *in vitro*, manipulação de embriões, amadurecimento e doação de óvulos, transferência, congelamento e armazenamento de embriões, uso de substâncias hormonais e inseminação artificial. As técnicas também são denominadas tecnologias reprodutivas ou

freqüente e massiva da mídia sobre o assunto. O “bebê de proveta” já é algo banal, nos revela um dos especialistas da área, indicando tratar-se de uma técnica de amplo domínio.

O ato de ter filhos, quantos e quando é algo que responde a normas sociais relacionadas a países, classes sociais, época histórica, posição familiar dos indivíduos e significado simbólico, não tendo sido sempre objeto de intervenção médica. No entanto, ao longo de alguns séculos, a medicina foi expandindo a sua participação no campo da reprodução e, hoje, está presente da concepção ao nascimento.

Pode-se considerar a reprodução assistida como a manifestação mais recente do processo de medicalização social apoiado, atualmente, no primado da tecnologia por meio da expansão do mercado de novas técnicas e serviços médicos. Pensar a medicalização social implica considerar o avanço de técnicas nos cuidados médicos, o consumo de serviços cada vez mais sofisticados mas, também o papel desempenhado pelos discursos e práticas médicas e a articulação estabelecida com outras disciplinas correlatas como a biologia e a psicologia na construção do sentido e significação em torno de idéias como vida, corpo, morte, saúde, doença, dor e sofrimento.

As tecnologias reprodutivas permitiram estender a vivência da maternidade e paternidade para as pessoas que, até então, não podiam ter filhos. Elas oferecem a chance de se saber, antes do nascimento, de alguma anormalidade genética ou cromossômica que pode resultar na opção de impedir a ocorrência da concepção ou a continuidade da gravidez, caso o feto já exista. Elas reforçam a imagem da ciência e seus potenciais benefícios em termos de progresso e superação de obstáculos naturais, visando a satisfação das necessidades e desejos humanos. Elas criam, ainda, as condições para que as mulheres, caso desejem, possam optar por uma gravidez tardia ao minimizar os efeitos da idade sobre seu material genético ou proporcionar a doação de óvulos e/ou embriões.

novas tecnologias reprodutivas geralmente em estudos críticos sobre a relação entre medicina, tecnologia, processo reprodutivo e corpo feminino. São descritas ainda em linguagem comum por expressões como bebê de proveta e barriga de aluguel, termos que marcaram sua divulgação.

Mas, também expandem as possibilidades de medicalização, trazem riscos aos usuários e fetos envolvidos no processo, podem implicar na adoção de práticas eugênicas, interferem substantivamente no processo reprodutivo, ampliam os elementos comercializáveis do corpo humano, e tornam a chegada de um bebê mais um aspecto da vida a ser mercantilizado.

Hoje, pode-se dizer que não é mais dominante a visão da mulher como a maior responsável pelas situações de infertilidade. No entanto, os tratamentos ocorrem predominantemente no corpo feminino, inclusive nos casos de infertilidade masculina. Se é possível assinalar a contribuição diferenciada de homens e mulheres no processo reprodutivo e na reprodução assistida, também é importante destacar a diferença existente entre as mulheres no tocante à maternidade.

A maternidade é percebida de forma diferenciada pelas mulheres. A pressão social para ser mãe encontra diferentes respostas relacionadas a circunstâncias de saúde, de fertilidade, de classe social, de cultura, de relacionamento familiar e conjugal, e esses aspectos devem ser considerados na avaliação da busca por essas técnicas. A maternidade está, gradualmente, deixando de ser vista como o real propósito de vida da mulher, como um desejo que se assume acima de todas as coisas, apesar, de continuar sendo valorizada socialmente. As acentuadas quedas verificadas nas taxas de fertilidade, nas últimas décadas, no país, são indicativas do fenômeno de busca de controle da fertilidade e desejo progressivo de diminuir o número de filhos. A maior participação da mulher no mercado de trabalho, o acesso à educação formal, aos meios de comunicação e a ausência de políticas públicas e privadas de assistência às crianças, são elementos que contribuíram para essa situação.

Todavia, existem mulheres que sofrem por não poderem gestar um filho, como os relatos colhidos na pesquisa revelam. São muitos os fatores que podem acarretar um quadro de infertilidade no homem ou na mulher, contudo, as informações sobre sua prevalência são pouco precisas seja no país, seja no exterior. Essa situação está

relacionada ao caráter de “invisibilidade” da infertilidade, ou seja, em geral, só descobre-se o problema quando se tenta engravidar.

No processo de análise das técnicas é preciso também incorporar o papel dos homens. As indicações anteriores e as entrevistas realizadas denotam que o desejo por filhos deve ser considerado sob uma perspectiva de gênero². Muitas mulheres alegam que seus companheiros cobram pelo filho, direta ou veladamente. Nos casos de uma segunda união, mencionam com frequência o desejo dos companheiros por um filho, até mesmo, nas situações em que ambos já os possuem de relações anteriores. Muitas temem perder seus maridos por não poderem ter filhos. Quando vivenciaram um primeiro casamento marcado por violência ou desentendimentos costumam valorizar, sobremaneira, uma segunda relação e, acreditam, que somente um filho poderá retribuir a presença desses homens em suas vidas.

As perspectivas de abordagem feminista da reprodução assistida, elaboradas com base em visões particulares a cada linha de pensamento, podem ser agrupadas em três tendências³. A primeira tendência é de oposição às tecnologias por razões de princípio, pois representariam um aumento do controle masculino sobre o corpo feminino, a produção de seres humanos por intermédio de embriões congelados, podendo tornar a mulher fornecedora de matéria-prima (óvulos) para a engenharia genética. A segunda tendência é de aceitação do progresso técnico-científico, já que seria um meio de “libertar” a mulher dos desígnios da natureza e, chega até, a reivindicar seu controle visando acelerar as mudanças das relações sociais entre os sexos e aumentar o escopo de opções individuais em matéria de família e reprodução. Uma terceira tendência intermediária entre as duas anteriores, não minimiza o poder dessas técnicas, mas sugere

² Gênero é entendido aqui como “um sistema de representação que atribui significado (identidade, valor, prestígio, posição de parentesco, status dentro da hierarquia social etc.) a indivíduos dentro da sociedade... A construção do gênero é tanto o produto quanto o processo de sua representação” (Lauretis, 1994:212).

³ A esse respeito ver Rotania (1996), Stanworth (1987), Corea (1987, 1996), Stolcke (1988), Zipper e Sevenhuijsen (1987) e Doyal (1987).

uma avaliação dos riscos e benefícios envolvidos por meio de uma discussão baseada na ética, nos direitos reprodutivos e na capacidade de escolha e decisão dos indivíduos.

É importante considerar que o desenvolvimento dessas técnicas não responde somente a uma demanda feminina por filhos. Há interesse de obstetras e ginecologistas no âmbito de status profissional e proventos financeiros decorrentes dessa atividade. Ademais, cabe ressaltar que a maioria dos especialistas em reprodução assistida são homens. Destaca-se também o interesse da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos e, nesse processo, os médicos são dependentes da pesquisa e desenvolvimento realizados na área.

A análise da reprodução assistida, isto é, a maneira como essas técnicas são aplicadas no país constitui um dos objetivos principais deste trabalho. Inicialmente, no primeiro capítulo, abordo o processo de medicalização social e da reprodução, em particular. No segundo capítulo trato do contexto em que as técnicas são desenvolvidas e aplicadas, a partir da análise da situação da saúde reprodutiva e da assistência médica, no Brasil. No terceiro capítulo enfoco as tecnologias reprodutivas, as indicações, as práticas, os riscos, os resultados e os custos envolvidos. O quarto capítulo apresenta um histórico da reprodução assistida, os serviços disponíveis, e o estudo empírico realizado a partir de entrevistas com mulheres e homens, em dois serviços voltados ao tratamento da infertilidade: um público, e uma clínica privada, revelando a maneira como a tecnologia opera no país. O quinto capítulo trata dos desdobramentos das técnicas no âmbito social, ético e de filiação. Por último são feitas algumas considerações a partir da trajetória empreendida.

PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo busca compreender a aplicação das técnicas em reprodução assistida no Brasil. A idéia de desenvolvê-lo teve como uma de suas motivações a quase inexistência de pesquisas sobre o tema, no país, no âmbito das ciências sociais. Há pouquíssimas informações e dados sobre reprodução assistida que fujam da ótica estritamente médica. É praticamente desconhecido o que se tem feito na área reprodutiva voltada à concepção⁴, quais são as reais demandas por essas técnicas, quantos serviços e clínicas atuam no país, as representações e principais categorias de referências das usuárias e usuários desses serviços e o contexto e motivos que conduzem à procura dessas técnicas.

Outra motivação presente na realização deste estudo diz respeito à vivência particular da pesquisadora no campo reprodutivo. Durante o ano de 1996, vivenciei uma gestação que requeria alguns cuidados. Na ocasião, impressionou-me o alto grau de utilização de tecnologia para o acompanhamento do pré-natal. Atualmente, vários equipamentos e práticas médicas se incorporaram a essas rotinas como, por exemplo, o

⁴ A referência correta é que são poucos os estudos científicos e acadêmicos, na área das ciências sociais, sobre o uso dessas técnicas no país. Há dois estudos acadêmicos recentes sobre o tema: FERREIRA, M.F. - **Esterilidade e Reprodução Assistida: no jornal impresso diário e na narrativa de homens e mulheres estéreis no Brasil**. Araraquara. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista/UNESP, 1998 e CORRÊA, M.C.D.V. - **A Tecnologia a Serviço de um Sonho: um Estudo Sobre a Reprodução Assistida**. Rio de Janeiro. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social, 1997. Há também o texto da jornalista Denise Rodrigues. Ela teve um bebê por meio de fertilização *in vitro* e escreveu o livro **"Por que, justo eu, não consigo engravidar?"** sobre as dificuldades que as mulheres vivenciam em face da infertilidade. O trabalho trata de sua experiência e contém o depoimento de treze mulheres que passaram pela mesma clínica (Rodrigues, 1998). Registra-se também que, em 1987, no início da difusão das técnicas em reprodução assistida no país, ocorreu o Seminário Nacional dos Direitos Reprodutivos, em São Paulo, um dos primeiros eventos organizados por feministas para discutir questões ligadas à reprodução humana tendo havido uma sessão dedicada aos tratamentos voltados à esterilidade.

ultra-som. Outros exames, como a amniocentese, para detectar anomalias fetais⁵, inicialmente, foram introduzidos para situações especiais e de risco e, gradativamente, passaram a ser indicados para uma série de outras circunstâncias⁶. Essa utilização crescente de tecnologia no campo reprodutivo me conduziu à investigação da medicalização da reprodução e, particularmente, sua presença no campo das técnicas voltadas à concepção, espaço onde é mais acentuada.

A idéia original era realizar um levantamento das práticas relacionadas às tecnologias em reprodução conceptiva, no país, visando conhecer o número de clínicas atuantes, número de profissionais envolvidos e sua formação, número de usuárias/usuários atendidos/ano, número e tipos de atividades realizadas (inseminação artificial, fertilização *in vitro*) por ano. Esse levantamento seria acompanhado de um estudo mais detalhado da atuação de alguns serviços (públicos e privados) e da percepção e experiência de usuárias/usuários sobre as técnicas em reprodução assistida, obtidas através de entrevista. Contudo, alguns desses objetivos se mostraram de difícil execução. Não há nenhum registro nacional sobre essas práticas, não se dispendo de dados sobre número de clínicas atuantes, profissionais médicos envolvidos e possível clientela atendida. Em contato com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria e com a Comissão Nacional de Reprodução Humana e Comissão Nacional de Reprodução Assistida, verificou-se que somente uma publicação registrou o uso dessas técnicas. Trata-se do **I Registro Brasileiro sobre o Uso das Técnicas de Reprodução Assistida - 1992**, de J.G. Franco Júnior e S. Wehba (1994). Os dados desse registro foram obtidos através do envio de um questionário a sócios (vinte e três no total) da Sociedade Brasileira de

⁵ Na verdade, esses exames têm sido incorporados à rotina do acompanhamento pré-natal de parte da população feminina, não estando disponíveis na maioria das instituições de saúde. Segundo dados do IBGE/INAN/IPEA - 1989, 61,9% das mulheres têm acesso a "algum" tipo de controle pré-natal (Carranza, 1994; Scavone, 1993). De acordo com Carranza, se considerarmos alguns indicadores, como taxa de mortalidade materna, índice de cesarianas, índice de tétano neonatal, entre outros, pode-se questionar a qualidade das consultas pré-natais, ou seja, se estariam realmente diagnosticando fatores de risco na mulher grávida. Esses aspectos serão tratados em capítulo a seguir.

⁶ A amniocentese, exame no qual se retira cerca de 14 ml de líquido do saco amniótico, por meio de uma agulha, em torno da 14ª semana de gestação, pode detectar anomalias fetais através de análise cromossômica. Realizado, anteriormente, em mulheres com mais de 40 anos, quando o risco de anomalias cromossômicas aumenta, hoje já é indicado para mulheres com mais de 35 anos.

Reprodução Humana, com perguntas sobre alguns parâmetros de avaliação do sucesso e/ou complicações com o emprego das técnicas de reprodução assistida. Nesse sentido, seu resultado é parcial, já que as informações foram solicitadas só aos sócios da sociedade e sua resposta era voluntária. Para obter as informações que nos interessavam, seria necessário empreender um grande levantamento. O fato de as práticas de reprodução assistida estarem concentradas, basicamente, no setor privado da medicina, certamente contribui para a dificuldade de atingir os especialistas da área⁷. Por meio do contato com alguns médicos da área de ginecologia e obstetrícia, obtiveram-se indicações de profissionais que atuam em reprodução assistida. Contudo, os contatos mostraram-se pouco produtivos havendo resistência ao fornecimento de informações de interesse para a pesquisa.

Em conseqüência, optou-se por realizar entrevistas com médicos responsáveis pelas Comissões Nacionais de Reprodução Humana e Reprodução Assistida, no intuito de obter um panorama da prática no Brasil. Em razão da dificuldade de obter a participação de algumas clínicas, optou-se por selecionar duas instituições - uma pública e outra privada - visando conhecer a realidade da utilização das técnicas em reprodução assistida no país. Esses dois serviços fornecer-nos-iam um espelho, um indicativo da aplicação dessas técnicas. Ao mesmo tempo, os dois serviços proporcionam um panorama diferenciado de utilização das técnicas, já que atendem a públicos distintos. Por ser um tratamento muito caro, somente pessoas com alto poder aquisitivo têm acesso aos serviços de uma clínica privada. Já no caso do serviço público, o atendimento é universal, qualquer casal pode ter acesso a ele (excetuando-se alguns limites relacionados aos tipos de procedimentos disponíveis)⁸. Como forma de resgatar a experiência dos sujeitos

⁷ Em trabalho recente, Corrêa (1997) realizou um estudo sobre a reprodução assistida e manifestou sua dificuldade para obter dados sobre a prática. A autora, também médica, revelou ter encontrado grande resistência de médicos a participar de entrevistas e fornecer contatos para que suas clientes fossem ouvidas. Seu estudo acabou por basear-se em bibliografia especializada e material divulgado pela imprensa sobre o tema. Segundo Corrêa, a reprodução assistida configura uma realidade apresentada com estardalhaço pelos meios de comunicação, mas que prefere manter-se nas sombras.

⁸ Esses limites, no caso do Hospital Pérola Byington em São Paulo, são relacionados ao fato de o serviço não trabalhar com doação de óvulos, congelamento de embriões e injeção intracitoplasmática de sêmen (ICSI). Assim, em mulheres com idade superior a 42 anos, havendo uma resposta baixa na indução da ovulação (produção de poucos folículos), não há como continuar o tratamento, já que não podem receber

envolvidos, e dimensionar a vivência de mulheres e homens sobre o uso das técnicas em reprodução assistida, seriam colhidos depoimentos de usuárias/usuários desses serviços.

Na reprodução assistida, o embrião é obtido a partir da contribuição genética do óvulo e do espermatozóide, pressupondo, a princípio, uma participação igualitária do homem e da mulher envolvidos. Contudo, a maioria dos tratamentos e procedimentos tem lugar no corpo feminino e a contribuição social da mulher é maior que a do homem, já que ela está sujeita a toda medicação (indução da ovulação) necessária para os procedimentos, com todos os desdobramentos físicos e psicológicos que isso acarreta, além do seu corpo ser o alvo das manipulações necessárias. A diferenciação sexual e social no emprego da reprodução assistida não é visível. O freqüente emprego do termo "casal" por parte dos serviços e clínicas voltados às técnicas conceptivas oculta a diferente participação de homens e mulheres nesse processo. A sexualidade, a maternidade e a paternidade, enquanto domínios socialmente construídos, precisam ser analisados e desvelados no âmbito das relações entre homens e mulheres. Como os depoimentos obtidos pela pesquisa indicam, quando uma mulher vai buscar um tratamento voltado à infertilidade, no intuito de ter um filho, faz isso, muitas vezes, para "presentear" o marido, para "dar" um filho em retribuição àquele que é um "bom companheiro", um "ótimo marido". A maioria das entrevistas revela que, para as mulheres, a maternidade é, ainda, um atributo feminino essencial. Considerando o desejo de filhos e sua busca como elemento diferenciado para mulheres e homens optou-se por ouvir a ambos.

Na ocasião da pesquisa empírica, o presidente da Comissão Nacional de Reprodução Humana da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria (Febrasgo), era o Dr. Joaquim Roberto Costa Lopes. Ele é diretor clínico do CENAFERT (Centro de Endoscopia e Assistência à Fertilidade- Brasília/DF) e chefe do setor de Reprodução Humana, da Unidade de Ginecologia e Obstetria do Hospital Materno-Infantil/HMI de Brasília-DF. Na época das entrevistas, esse Hospital estava

óvulos de outra pessoa. No caso do usuário apresentar infertilidade decorrente de baixo número de espermatozoides, tendo como procedimento indicado a ICSI, ainda, não há tratamento disponível no serviço. Durante a realização da pesquisa, esse procedimento estava em fase de implantação.

implantando um serviço público de atendimento em reprodução assistida. O Dr. Joaquim Costa Lopes, responsável pelo nascimento do primeiro bebê de proveta de Brasília, facultou-me o acesso às informações sobre a clínica CENAFERT e indicou-me usuárias e usuários para a realização das entrevistas. Como a clínica está instalada na cidade de residência da pesquisadora, sendo o interesse nessas informações de cunho qualitativo (experiência e vivência das pessoas no uso das técnicas), pelo fato de não haver diferenças significativas quanto às técnicas e procedimentos utilizados em reprodução assistida, em boa parte das clínicas privadas no país, optei por realizar ali o acompanhamento do serviço privado.

A segunda entrevista foi realizada com o presidente da Comissão Nacional de Reprodução Assistida da Febrasgo, o Dr. Nilson Donadio. Ele é professor-doutor chefe de Clínica do Departamento de Ginecologia e Obstetria, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, e diretor do Centro Biológico de Reprodução Humana Santa Casa Santa Isabel de São Paulo (CBRH), sendo também um dos primeiros especialistas em reprodução assistida do país. A idéia inicial era realizar o levantamento do serviço público na Santa Casa de São Paulo. Contudo, como suas atividades na ocasião da pesquisa eram muito pequenas e inviabilizavam o levantamento em suas dependências, optou-se por buscar outro serviço. O serviço escolhido foi o Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil - Hospital Pérola Byington/São Paulo⁹. O Centro possui um serviço de Esterilidade Conjugal, em atividade há oito anos, correspondendo ao único serviço voltado à reprodução assistida essencialmente público, no país¹⁰. Após contato com o chefe do Serviço de Esterilidade Conjugal, Dr. Jonathas Borges Soares, que, de pronto, manifestou apoio à realização da pesquisa, fui encaminhada à diretoria científica para seguirmos as vias formais de acesso ao serviço. Iniciei o levantamento depois da aprovação do protocolo de pesquisa, pelo

⁹ Utilizo o Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil - CRSMNADI, no texto, com a denominação Hospital Pérola Byington, Centro de Referência da Saúde da Mulher ou Ambulatório de Esterilidade.

¹⁰ Falo em serviço essencialmente público, pois as usuárias não precisam pagar nada. Há outros serviços públicos voltados à infertilidade, no país. Contudo, neles, é necessário que a usuária arque com os gastos

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital. O apoio à realização da investigação por parte da equipe de Esterilidade Conjugal do Centro foi muito importante. Tive acesso e acompanhei o trabalho no ambulatório médico, alguns procedimentos clínicos no centro cirúrgico, o laboratório, os dados estatísticos sobre o serviço, as reuniões quinzenais da equipe, e realizei as entrevistas com usuárias e usuários, em sala cedida pelo serviço, durante o atendimento ambulatorial.

O desenvolvimento da pesquisa baseou-se na análise de fontes bibliográficas, nacionais e internacionais, sobre a difusão das técnicas e sua aplicação feita por pessoal da área médica e biomédica e seus desdobramentos no campo ético, social, sexual e jurídico feitos por sociólogos, antropólogos, psicanalistas, médicos e feministas. Para construir um quadro mais geral sobre as técnicas reprodutivas, buscaram-se análises e dados secundários sobre outros aspectos, como uso de contraceptivos, abortamento, esterilidade, mortalidade materna, hospitalização para partos e partos cirúrgicos. Essa articulação da reprodução assistida com outros aspectos da medicalização do corpo feminino visa contribuir para uma análise mais global da questão.

No tocante aos dados específicos de nosso tema, foram buscados através de revistas médicas das áreas de ginecologia, obstetrícia e reprodução humana, e completados por entrevistas, de caráter informativo, com médicos e especialistas da área. As entrevistas com usuárias e usuários cumprem, na pesquisa, o papel de “trazer à tona” a experiência vivenciada por mulheres e homens, que buscam, através do acesso às técnicas de reprodução assistida, realizar, por vias não naturais, o desejo da maternidade e paternidade. Elas foram tratadas sob uma perspectiva de levantamento de informações qualitativas sem, contudo, constituírem dados amostrais, já que o objeto da pesquisa é a reprodução assistida.

em medicação (indutores da ovulação) que, sendo muito elevados, impedem sua realização pela população de baixa renda.

No Centro de Referência/Hospital Pérola Byington, foi possível fazer a escolha das entrevistadas/entrevistados. O pré-requisito era estarem sob tratamento no serviço. As mulheres chegam por volta das 6h30 minutos para consulta, exames, ou para tomarem medicação. As atendentes do serviço me forneciam os cartões das usuárias (o cartão de consulta contém dados como nome, idade, endereço, procedimentos agendados e consultas, com respectivas datas) para seleção. Optei, inicialmente, por entrevistar mulheres que já tivessem feito algum procedimento no serviço, já que poderiam ter uma avaliação e experiência dessa vivência. Contudo, em conversas com usuárias, na sala de espera, encontrei algumas que ainda não tinham feito nenhum procedimento no serviço mas que haviam feito tratamentos em outras clínicas e registravam uma longa trajetória em busca da maternidade. Algumas, há mais de oito anos, estavam fazendo tratamentos voltados à infertilidade, em diferentes serviços, quando chegaram ao Hospital Pérola Byington. Nesses casos, optei por entrevistá-las. O procedimento adotado foi de, inicialmente, chamar a usuária, apresentar-me e explicar a pesquisa e o motivo da entrevista, convidando-a a participar. Somente uma usuária consultada se recusou¹¹. No caso dos homens, eles comparecem ao serviço para realizar alguns exames: espermograma e perfil espermático ou para coletar material (sêmen) para os procedimentos de fertilização *in vitro* e inseminação artificial. Após a realização desses exames eles foram consultados para fazer a entrevista¹². Nesse serviço, foram feitas 17 entrevistas com usuárias e 8 entrevistas com usuários.

¹¹ É muito importante considerar as circunstâncias e o contexto em que foram realizadas as entrevistas. As mulheres estavam no ambulatório do serviço para passar por consulta, tomar medicação, fazer ultra-som, realizar procedimento de inseminação artificial ou para fazer o exame β HCG para saber se estavam grávidas ou não (após a realização de algum procedimento). Algumas, portanto, estavam em situação de grande ansiedade, para realizar um exame ou procedimento. Nesses casos, mediante a consulta prévia, era possível verificar se a usuária estava disposta ou não a falar. A usuária que se recusou, informou que fez o procedimento e já estava menstruada: “não deu certo, prefiro não falar”, ela disse.

¹² No caso dos homens, a situação também se reveste de ansiedade, ao menos, para uma parte deles. Eles chegam ao serviço para coletar material (sêmen) para os exames. São instruídos sobre o exame por uma funcionária do laboratório, e se dirigem a um dos banheiros, junto à sala de espera. A situação é relativamente constrangedora, já que todos na sala de espera sabem a razão deles levarem os “potinhos” ao banheiro. Em geral, suas mulheres ficam do lado de fora da porta para que eles não sejam importunados durante o processo de coleta. Vale destacar que é frequente a situação de homens que não conseguem coletar o material, em geral no caso de haver um procedimento agendado para o próprio dia.

No caso da clínica privada, não tive acesso direto às usuárias e aos usuários. A Dra. Maria Cecília A.C. Brandi, embriologista, chefe do laboratório de reprodução assistida do CENAFERT, selecionou as usuárias e usuários para a entrevista, seguindo solicitação de indicar pessoas que tivessem tido sucesso, não tivessem tido sucesso e que ainda estivessem no meio do tratamento. As pessoas foram contatadas anteriormente pela clínica, para que autorizassem a indicação de seu nome para a entrevista. Dessa consulta prévia, a clínica indicou-me 6 mulheres e 3 homens. Dessas indicações, somente duas mulheres não foram entrevistadas, pois estavam residindo em outra cidade.

Assim, foram realizadas 21 entrevistas com usuárias (17 no serviço público e 4 de clínica privada) e 10 entrevistas com usuários (8 no serviço público e 2 de clínica privada). O quadro com a caracterização das entrevistas realizadas encontra-se no capítulo 4. O número de entrevistas necessárias foi definido a partir do momento em que o conteúdo dessas entrevistas começou a ficar saturado, quando os relatos e as circunstâncias relacionadas ao uso das técnicas em reprodução assistida foram se repetindo. Apesar da particularidade de cada depoimento, suas trajetórias e histórias já se mostravam conhecidas da pesquisadora. Nesse momento, optei por encerrar os depoimentos.

Capítulo 1

MEDICINA E REPRODUÇÃO

A legitimação da medicina

A medicina, enquanto conjunto de conhecimentos, técnicas e práticas, como se conhece hoje, resultou de um longo processo de transformações até se constituir como intervenção cientificamente fundamentada. Até então, a prática de tratar e de cuidar, era grande e diversa. Segundo Chiaramonte¹³ (Chiaramonte, Frezza e Tozzi, 1991: 26), no período medieval, a medicina era um saber prático e profano, exercido por diversos tipos de operadores, tanto na cidade quanto no campo. Conviviam indivíduos que exerciam a “arte de curar” de forma livre, fazendo uso de uma ampla gama de procedimentos, conhecidos pela sua habilidade, com aqueles que possuíam algum reconhecimento legal para tanto¹⁴.

As mulheres, licenciadas ou sem título, exerciam suas atividades nas cidades e, especialmente, nos campos. A experiência feminina de medicar pessoas tinha se desenvolvido a partir do cuidado e atenção aos membros da própria família e se ampliado

¹³ O trabalho de Chiaramonte, Frezza e Tozzi (1991) é uma pesquisa acurada sobre a presença da mulher na medicina e o processo de expropriação de sua prática, com a afirmação de uma ciência masculina. As autoras trabalham com documentação do período medieval e renascimento, nos territórios que hoje compõem a Itália (Firenze, Padova, Bologna, Siena, Roma, Lucca e Ferrara).

¹⁴ A comunidade médica compunha-se de físicos (médicos), cirurgiões, barbeiros-cirurgiões, boticários, além de curandeiros e outros empíricos não categorizados. Os físicos, em regra, possuíam formação universitária e ocupavam-se de doenças internas; os cirurgiões realizavam a parte manual do tratamento médico (amputações e ortopedia); os barbeiros-cirurgiões se ocupavam de cirurgias menores e administravam medicamentos. O empírico é caracterizado como aquele que praticava algum tipo de medicina, por conta própria, sem possuir título ou licença, nem pertencer a nenhuma corporação. As

para a comunidade, sendo a cura da doença uma resposta espontânea à exigência da população. Em sua maioria, essas mulheres trabalhavam com elementos da natureza (ervas, minerais), possuíam uma visão total e globalizante do indivíduo, ampla inserção na comunidade e atuavam a partir de um patrimônio adquirido de vários operadores empíricos cuja arte foi obtida pelo exercício de assistência útil e benéfica. A transmissão de conhecimento era feita de forma oral e escrita.

No final do Renascimento, a arte de curar apresentava uma situação favorável ao intercâmbio de conhecimentos, não havendo a presença hegemônica de grupos profissionais, favorecendo a manutenção e difusão da habilidade manual, condições essas que iriam servir, mais tarde, à constituição de um corpo doutrinário autônomo. No entanto, a tendência a adotar uma prática apoiada na fundamentação teórica, a passar da experimentação à teoria pura, a superar o recurso ao compêndio e prescrições elaboradas por médicos locais pela leitura e acesso ao texto, foi buscando estabelecer um método e um ensinamento capazes de transmitir um corpo de conhecimentos mais estruturado. A exigência de diploma universitário para o exercício médico iria operar a grande ruptura com o passado medieval e com o discurso mágico empírico. Essa ruptura iria ocorrer no plano jurídico e não no teórico, entre uma medicina racional, que permanecia fundamentalmente galênica, e uma medicina empírica que não se expressava teoricamente de maneira adequada e nem tinha condições de fazê-lo. Esse processo forneceria as bases de uma separação que se prolonga até nossos dias, entre uma medicina racional, de contínua incorporação tecnológica, e a chamada medicina popular, baseada no conhecimento da natureza e no uso de seus elementos.

A legitimação da medicina foi operada pelo governo da cidade e pela universidade. A patente foi o sinal visível da nova situação, uma regulamentação que impôs a necessidade de adaptar a própria experiência à atividade formalmente definida. O processo de reorganização e reestruturação profissional (Chiaramonte, Frezza e Tozzi, 1991:52),

mulheres não se limitavam à prática da obstetrícia e faziam parte dessa comunidade maior de especialistas (Santos e Tosi, 1996; Chiaramonte, Frezza e Tozzi, 1991).

iniciado nos centros universitários das cidades medievais, delegou a saúde e toda a estrutura assistencial ao poder público e aos médicos doutorados, que passou a ser matéria de ordem legislativa e administrativa. O colégio médico promoveu as restrições ao acesso à universidade e à profissão. Os médicos da Faculdade de Medicina de Paris, a partir do século XIII, começaram a restringir o exercício da medicina, o que ocasionou processos contra praticantes sem licença. O estatuto de 1271 restringia a prática da medicina aos cirurgiões, boticários e herbalistas, de ambos os sexos. Na Espanha, as ordenações que estabeleciam a prática da medicina se aplicavam tanto a homens como a mulheres; no entanto, uma lei de 1329 impôs restrições à presença das mulheres nessa atividade. Na Inglaterra, uma petição ao parlamento, de 1421, solicitava a garantia da hegemonia dos médicos no exercício da prática médica, entre outras medidas: “*que nenhuma mulher use a prática da física sob pena de longa prisão e de uma multa de 40 libras*” (Santos e Tosi, 1996:377). Na Alemanha, há indicações de que, a partir do século XV, o título de médico foi sendo dado somente aos homens que recebiam formação universitária. Assim, gradualmente, os diversos profissionais que atuavam na arte de curar e tratar foram sendo proibidos do exercício da medicina, através do estabelecimento de demarcações precisas daqueles que foram treinados formalmente para exercer a prática.

A institucionalização da profissão médica e suas normas tiveram a supervisão da igreja no estabelecimento de ordens, leis e editais, contra os falsos médicos e os charlatães. Na Itália, o Ministério da Saúde foi criado em 1534, e os processos por abuso, charlatanismo e prática ilícita se intensificaram. Esse fenômeno foi mais masculino que feminino, já que as mulheres responderam, em sua maioria, à Corte criminal e à Inquisição, por prática de magia, bruxaria e heresia¹⁵. No caso dos homens, a perseguição deu-se contra aqueles que atuavam de maneira não integrável ao saber constituído.

¹⁵ A integração da magia à heresia é feita pela identificação da magia com o malefício, com a fusão da idéia de bruxa com bruxa herética marcada pelo pacto com o diabo. O decreto de Giovanni XXII (*Super illius Specula*), de 1326, incluiu as tradições populares entre aquelas suspeitas de heresia (Chiaramonte, Frezza e Tozzi, 1991:147).

*Dado que a Igreja medieval, com o apoio dos reis, príncipes e autoridades seculares, controlava a formação e a prática dos médicos, a Inquisição (caça às bruxas) constitui, entre outras coisas, um primeiro exemplo do repúdio 'profissional' das aptidões e uma interferência com o direito de os 'não-profissionais' prestarem assistência aos pobres. (Thomas Szasz, *The Manufacture of Madness*, Delta, USA, 1971 citado por Kitzinger, 1978:101)*

A medicina popular foi atingida numa dupla fonte: empiria e magia. Kitzinger (1978:102) observa que, nesse período, tanto a medicina como a Igreja se opunham implacavelmente às curas e à regulação da fertilidade, controladas por mulheres, criando um conflito que se estende até nossos dias.

A perseguição por meio da luta contra a heresia iniciou-se em 1300 e foi conduzida com intensidade até 1600, num processo que eliminava qualquer possibilidade de sobrevivência¹⁶. A perseguição em massa começou depois que a posição ainda moderada da Igreja Católica foi superada pela posição do Papa Graziano, em decreto de 1140, onde afirmava sua plena supremacia na articulação e ordenamento do direito canônico. Inicialmente, em torno dos anos 1000, a heresia não era um fenômeno social, mas um desvio doutrinário tratado no interior da própria igreja. Com a difusão do cristianismo, a heresia adquiriu conteúdo ético-social e contestativo porque tendeu a colocar a hierarquia e o aparato da igreja em questão. O crime excepcional, pelo qual se forjou uma doutrina canônica e teológica e um tribunal especial, era a traição ao Deus

¹⁶ Há discordância com relação a esse período. Segundo Tosi (1998:372) houve dois surtos de perseguição a bruxaria, na Europa. O primeiro, entre 1450 e 1520, e o segundo, entre 1600 e 1650. Suponho que a diferença se deva ao fato de Chiaramonte (1991) referir-se, especificamente, ao processo por heresia e à perseguição aos empíricos praticantes da medicina, situação que antecedeu a grande "caça às bruxas".

cristão, com o reconhecimento de outra divindade e culto. O 'perigo' foi advertido primeiro pela igreja e, posteriormente, contou com o apoio do poder civil, comunal e imperial (Chiaramonte, Frezza e Tozzi, 1991:146)¹⁷.

É importante observar que a perseguição operada, nesse período, tinha por alvo estabelecer um controle sobre a formação e a prática dos médicos, sendo direcionada aos vários tipos de profissionais que exerciam a arte de curar. A “caça às bruxas” realizada pela Inquisição¹⁸ estava voltada às práticas de cura operadas por mulheres sábias ou curandeiras e não objetivava, nesse momento, sua atuação como parteira¹⁹. O argumento de maior peso utilizado para impedir a atuação da mulher era sua não habilitação para exercer a medicina, mas também questionava-se a origem de seus conhecimentos, havendo suspeitas de que tivessem sido obtidos por meios diabólicos²⁰.

Evidentemente, a atuação feminina na arte de curar podia fornecer indícios para a ligação de sua prática com a magia e bruxaria, no campo obstétrico. Uma parteira que assistia ao parto de um certo número de bebês natimortos ou que morriam logo após o parto estava sujeita a ataques desse tipo. Assim, Kitzinger (1978:100) cita um professor de teologia, do século XIV que, instruído pelo Papa Inocêncio VIII para ajudar a Inquisição, declarou: “*Ninguém causa mais danos à Fé Católica que as parteiras*”. Elas provocariam a morte das crianças que ainda não tinham sido batizadas ou as deixavam morrer, perdendo-as para a Fé.

¹⁷ Sobre esse tema ver também GINZBURG, Carlo - *História Noturna - Decifrando o Sabá*. São Paulo. Cia das Letras, 1991.

¹⁸ Tosi (1998:376) afirma que a caça às bruxas vem sendo interpretada, pela literatura mais recente, como um fenômeno político, de penetração e abertura do mundo rural, ligado à emergência dos estados nacionais. A perseguição perdeu fôlego e, por fim, acarretou a consolidação dos estados e aculturação das populações rurais. Como salienta a autora, essa explicação não deixa claro por que a maioria das vítimas eram mulheres.

¹⁹ De acordo com Santos e Tosi (1996:374), as mulheres não se limitavam à prática da obstetrícia. Assim, dos 7.647 praticantes (da arte de curar) registrados na França, entre os séculos XII e XV, 121 (1,5%) são mulheres: 44 identificadas como parteiras, 30 barbeiras, 6 cirurgiãs, 15 físicas treinadas e 3 qualificadas como bruxas.

²⁰ Deve-se considerar que a exigência de um conhecimento formal e de latim para a prática médica restringiu sensivelmente a presença feminina, já que muitas eram analfabetas.

Contudo, estudos recentes parecem indicar que as parteiras formavam uma percentagem menor das acusadas por prática da bruxaria (Santos e Tosi, 1996:378, Kitzinger, 1978). Segundo Tosi (1998:373) existia uma grande variedade de praticantes da chamada medicina popular em seu duplo aspecto: prático e mágico. Eram curandeiras ou curandeiros, bruxas ou bruxos, mulheres sábias ou homens sábios. A situação de perseguição à prática feminina tem retirado do contexto o fato de que o primeiro ataque à mulher médica não foi por motivo de magia, mas pelo conteúdo de uma profissão, comum a homens e mulheres, que se pretendia regulamentar, a obstetrícia.

A prática da obstetrícia fora milenarmente considerada de competência da mulher. Assim, Guy de Chauliac (*apud* Chiaramonte, Frezza e Tozzi, 1991:27) nos anos trezentos, afirmava que não tratava de ginecologia porque médicas e comadres detinham amplamente seu exercício. Nas sociedades camponesas, as parteiras eram muito importantes no grupo social. Elas praticavam os tratamentos e curas pelas plantas e, principalmente, presidiam as forças da fertilidade e a vinda ao mundo de cada novo membro da comunidade. Nesse sentido, ocupavam posição elevada e detinham poder considerável no interior do grupo. De um certo ponto de vista, essas atuações femininas derivavam e eram um prolongamento de suas atividades como mães, na busca de mediação entre o natural e o sobrenatural (Kitzinger, 1978:100).

Com a regulamentação da medicina, a prática de parteira foi afetada. A licença para exercê-la foi concedida, pela primeira vez, na cidade de Regensburgo, na Alemanha, em 1452, sob a competência das autoridades municipais e eclesiásticas (Santos e Tosi, 1996 e Pizzini, 1992:29). Essa regulação buscava circunscrever a atuação das parteiras e relacionava-se à preocupação, do Estado emergente e da Igreja, de que não se realizassem abortos e infanticídios. Nos anos setecentos, a França reconheceu oficialmente a profissão de parteira, subordinando-a, contudo, à autoridade do médico e do obstetra.

Antes disso, o parto era um fato exclusivamente feminino. O grupo de mulheres que constituía a cena do parto tinha a função de suporte afetivo da parturiente. O parto e o nascimento, por outro lado, eram, no passado, caracterizados por uma prática e rituais conhecidos como espera, gravidez: o evento da criação e do nascimento percebido como fato individual coletivamente vivido e socialmente controlado.(Pizzini, 1992:27)²¹

Inicialmente, as normas dos anos seiscentos e setecentos ocupavam-se da parteira, voltando, contudo, sua atenção para a pessoa da parteira e não para seu trabalho, atividade. Posteriormente, os regulamentos buscavam restringir a prática da obstetrícia, obrigando as mulheres a solicitarem auxílio de parteiras reconhecidas e, depois, dos médicos e cirurgiões. As regulamentações exigiam que as parteiras chamassem os físicos ou cirurgiões, em caso de emergência ou quando fosse necessário usar algum tipo de instrumento. Essas exigências criaram situações contraditórias, pois a parteira era forçada a pedir a presença dos físicos e cirurgiões que não podiam auxiliar, na maioria das vezes, por falta de prática e conhecimento²².

Julga-se que a posição inglesa tradicional para dar à luz - deitada sobre o lado esquerdo - deriva da reserva feminina em deixar um homem ver-lhe o corpo, dado que nessa posição a mulher estava de costas para o médico e

²¹ Tradução livre do trecho: "Prima di ciò il parto era un fatto esclusivamente femminile. Il gruppo delle donne che costituiva la scena del parto fungeva anche da supporto affettivo per la partoriente. Il parto e la nascita, d'altra parte, nel passato erano individuati da pratiche e rituali connessi all'attesa, alla gravidanza: l'evento della creazione e della nascita percepito come fatto individuale collettivamente vissuto e socialmente controllato"(Pizzini, 1992:27).

ele não precisava lhe ver o rosto. Mesmo quando os médicos parteiros começaram a ser aceites, andavam às apalpadelas debaixo da roupa da cama, por vezes com o lençol atado à roda do pescoço em nome da decência; durante o parto, tinham de confiar inteiramente no sentido do tacto. (Kitzinger, 1978:97)

As parteiras não chegaram a formar nenhuma corporação profissional, embora se organizassem em guildas. Isso talvez se explique pelo fato de partejar ser uma prática popular, aprendida por tradição ou necessidade. Livros escritos por médicos, destinados a parteiras, omitiam uma série de informações, a pretexto de que só médicos deveriam saber certas coisas. Deve-se considerar também que grande parte dessas mulheres eram analfabetas. Com uma prática e acesso ao conhecimento cada vez mais restritos, elas foram, aos poucos, tendo usurpada sua atividade obstétrica e, progressivamente, colocadas na marginalidade. Nesse sentido, pode-se afirmar que o conhecimento médico sobre o parto só foi obtido através de uma longa luta de aproximadamente três séculos.

O nascimento da clínica

A partir do século XVI delineou-se o grande projeto de exploração da natureza que, na área médica, tratava dos primeiros conhecimentos de anatomia. A natureza não era mais vista como um organismo vivente mas como uma máquina regulada por leis. Com o avanço da cirurgia e a invenção do microscópio, a medicina começou a entrar em estreito contato com o corpo²³. Sob a influência da ciência moderna, o século XVII teria

²² Segundo Vieira (1990:65), é somente a partir do século XVIII que os estudantes de medicina passarão a freqüentar as maternidades européias, situação que pode explicar o seu desconhecimento e falta de prática.

²³ Durante séculos, em quase todos os meios, a relação com o corpo foi mediada e definida por uma certa tradição cristã, envolvendo o corpo em suspeita ou censura. Na tradição ocidental, o corpo era visto como espaço da desrazão, da paixão e do desejo. Ele merecia respeito mas dedicar-lhe excesso de atenção era expor-se ao pecado, ou, mais precisamente, ao pecado da carne. De fato, o corpo, nesse período de predominância da teologia cristã como explicação da ordem do mundo, era visto como limite à plenitude do ser, ele era a prisão da alma (Prost, 1992:13). Assim, por exemplo, à época de Da Vinci, a Igreja ainda

um papel fundamental na substituição da metáfora pela qual o ser humano, a sociedade e o cosmo se integravam num organismo vivente, por uma visão mecanicista da relação do homem com a sociedade e o cosmo. Também, durante esse período, a obstetria foi reconhecida como especialização da medicina (Pizzini, 1992:29).

A ruptura da concepção renascentista de natureza e homem, operada pelo período clássico, assinalou o estabelecimento de uma nova racionalidade, produtora de verdades e organizadora de disciplinas. Essa nova racionalidade, ao reconhecer o cosmo como uma espécie de máquina da qual era necessário conhecer o mecanismo, as relações entre as peças, iria marcar o imaginário racional clássico de forma substantiva, deslocando-se para o microcosmo do indivíduo e alcançando as disciplinas do humano como, por exemplo, a medicina. Nesse mundo concebido de forma mecanizada, inicialmente, o homem imaginava a natureza e, em seguida, a si próprio, como uma máquina dentro do grande universo (Luz, 1988:53).

O triunfo da filosofia mecanicista acarretou o descrédito na magia natural e nas fórmulas de inspiração divina, colaborando de maneira fundamental para a separação entre o mundo do espírito e o mundo da matéria. Essa separação possibilitou manter o poder e a autoridade da religião e permitiu, à ciência, a utilização da experimentação na investigação (Tosi, 1998:372).

Se a natureza passou a ser concebida como sinônimo de matéria e ordem natural, tornou-se passível de exploração pelo conhecimento científico. Foi a partir dessa nova ótica que a racionalidade científica moderna iria conceber idéias sobre o corpo, a saúde e a doença, enquanto objetos da medicina.

O deslocamento de uma arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças foi marcado, principalmente, pelas mudanças em torno de uma nova maneira de

interditava a dissecação dos cadáveres. No século XVIII, essa interdição, já não funcionava na prática, como observa Foucault (1994:141).

olhar e falar sobre os corpos e seu funcionamento, sobre a doença e a saúde. Segundo Foucault, a medicina moderna fixou para si própria o final do século XVIII como momento de seu nascimento (Foucault, 1994:X)²⁴. Esse registro baseia-se na idéia da ocorrência de mudanças estruturais no saber médico, na relação estabelecida entre o visível e o invisível.

O nascimento da clínica significou um rompimento com o modo de apreender o objeto da medicina. Ou seja, ela passou a procurar deduzir leis universais da ocorrência de fenômenos, racionalmente, através da observação. Ao nível do saber, a medicina transformou-se num discurso disciplinar sobre a doença, que a levou a tematizar, cada vez mais, as entidades mórbidas. Questões como saúde, vida e cura tornaram-se, progressivamente, temas da metafísica. A medicina que se constituiu no leito dos doentes, no uso do microscópio e na abertura de cadáveres, é a ciência das doenças que se tornam entidades patológicas (Luz, 1988; Foucault, 1994).

A prática clínica foi se transformando com a reorganização dos hospitais, de um espaço voltado à assistência aos pobres, ao internamento de doentes, loucos e devassos, de um instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual operado por religiosos, para um local de cura e terapêutica organizado pelo médico. Como observa Foucault (1986:110), o hospital foi reordenado pela disciplina médica, passando a operar como um *locus* privilegiado de observação, espaço de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber. O saber médico que, até então, estava localizado nos livros e compêndios clássicos da medicina, encontrou na clínica um lugar de observação, cura e formação dos médicos. Através do espaço hospitalar, o indivíduo e a população emergira como objeto do saber e prática médica.

²⁴ Em regra, os textos médicos que abordam a constituição da medicina moderna tratam-na como uma longa e triunfante batalha da razão contra o mal representado pela doença, pela morte e ignorância. No entanto, a busca da doença e das lesões seria o cerne, a única realidade concreta dessa medicina. A relação do médico é com a doença e o paciente é um mero canal de acesso a ela (Camargo Jr., 1992:203).

O papel da clínica como elemento estratégico do saber médico é relativamente recente, em torno do final do século XVIII. Assim, a patologia que, inicialmente, fora auxiliar da clínica das doenças iria converter-se em patologia clínica, tendo a liderança da teoria sobre a prática clínica. De acordo com Luz (1988), não é por acaso que as bases da clínica moderna são a anatomia e a patologia. Nesse sentido, a atuação da clínica moderna não se baseia em princípios hipocráticos, buscando ajudar “a força curativa da natureza” ou trazer de volta o “estado de saúde”. A medicina trata de intervir de maneira medicamentosa visando derrotar a doença. E o caminho para conhecer a doença, sua estrutura e localização, não está na observação da vida, mesmo em sua forma mórbida, mas é feita através do exame dos corpos dos mortos.

Durante 20 anos, noite e dia, se tomarão notas, ao leito dos doentes, sobre as afecções do coração, dos pulmões e da viscera gástrica e o resultado será apenas confusão nos sintomas, que, a nada se vinculando, oferecerão uma série de fenômenos incoerentes. Abram alguns cadáveres: logo verão desaparecer a obscuridade que apenas a observação não pudera dissipar. (X.Bichat, Anatomie générale, prefácio, p.XCIX, citado por Foucault, 1994: 168)

O que é importante destacar aqui é que a medicina, tornando-se uma ciência das doenças, transformou a questão da vida, não a incluindo em termos do saber e da prática clínica. A saúde passou a ser entendida como a ausência de patologias e a cura, a cessação dos sintomas.

Foucault fala no nascimento de dois mitos: o da profissão médica e o do desaparecimento total da doença na sociedade - “um, narrando de maneira positiva a

medicalização rigorosa, militante e dogmática da sociedade, por uma conversão quase religiosa, e a implantação de um clero da terapêutica; o outro, relatando essa mesma medicalização, mas de modo triunfante e negativo, isto é, a volatilização da doença em um meio corrigido, organizado e incessantemente vigiado, em que, finalmente, a própria medicina desapareceria com seu objeto e sua razão de ser” (Foucault, 1994:35). O segundo, como mito, é a expressão da maneira como a medicalização se configura e se expande num processo sem fim. Nesse sentido, o espaço médico penetrou no espaço social, criando uma presença médica generalizada, difusa no tempo e no espaço, ligando-se a cada indivíduo e, também, à vida da coletividade. É necessário que “a consciência de cada indivíduo esteja medicamente alerta; que cada cidadão esteja informado do que é necessário e possível saber em medicina” (Foucault, 1994:34). À função de cura do médico, agregou-se sua função política de criação e transmissão de normas.

A nova característica da medicina moderna é vincular o seu aspecto de saber científico ao de prática social, que se distingue das várias formas verificadas em seu passado (Vieira, 1990; Corrêa, 1997). Donnangelo (1979:33), ao tratar da medicalização da sociedade, refere-se a dois sentidos para a questão da extensão da prática médica: o primeiro relaciona-se à extensão do campo da normatividade da medicina vinculando-se às representações e concepções de saúde e aos meios de obtê-la. Na formação da sociedade capitalista, a redefinição da prática médica implicou uma ampliação do seu poder de normatização social, expresso nos princípios de higiene, organização de hábitos cotidianos, desenvolvimento de regras morais ligadas ao trabalho, regulação dos nascimentos e demografia.²⁵

²⁵ O processo de desenvolvimento do capitalismo operou uma série de transformações no tocante à urbanização, ao trabalho, aos hábitos e aos costumes. Sobre os diferentes aspectos desse processo conferir: MACHADO, R. et alii - *Da(n)ação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro. Graal, 1978; COSTA, Jurandir - *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro. Graal, 1978; FOUCAULT, M. - *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1979; DONZELOT, Jacques - *A Polícia das Famílias*. Rio de Janeiro. Graal, 1980; MURICY, Kátia - *A Razão Cética: Machado de Assis e as Questões de seu Tempo*. São Paulo. Cia das Letras, 1988; FAUSTO, Boris - *Crime e Cotidiano. A Criminalidade em São Paulo (1880-1924)*. São Paulo. Brasiliense, 1984; FAUSTO, Boris - *Trabalho Urbano e Conflito Social*. São Paulo. Difel, 1976; THOMPSON, E.P. - “Tiempo, disciplina de trabajo y capitalismo industrial” In *Tradición, Revuelta y Consciencia de Clase*. Barcelona, Grijalbo, 1979; BENJAMIN, Walter - “Paris, Capital do Século XIX” *Espaço &*

O segundo sentido abordado por Donnangelo (1979) compreende a medicalização enquanto ampliação quantitativa dos serviços médicos e incorporação cada vez maior das populações ao cuidado médico. Nessa perspectiva, a medicalização pode ser entendida como a maneira pela qual a contínua evolução tecnológica vem modificando a prática médica através do aprimoramento de métodos diagnósticos, da indústria farmacêutica e dos equipamentos médicos contribuindo para um aumento no consumo de atos médicos e, particularmente, medicamentos²⁶. Mas a medicalização social também pode ser entendida como a possibilidade de definir qualquer aspecto da vida social e individual em termos médicos como, por exemplo, eventos fisiológicos (gravidez, parto, menopausa) ou comportamentos sociais desviantes (alcoolismo, uso de drogas, formas de exercício da sexualidade, adaptação ao trabalho). Esses aspectos da vida individual e social, ao serem redescritos em termos médicos, acarretam tanto um aumento do consumo médico como da produção de conhecimentos pela medicina sendo, assim, remetidos à intervenção de alguma prática especializada (Corrêa, 1997). No caso particular do nosso objeto de pesquisa, temos a atuação da tecnologia reprodutiva no âmbito da concepção conferindo à situação de ausência de filhos um novo espaço de intervenção da medicina.

O processo que transformou o corpo feminino em objeto de saber e de prática está profundamente articulado à emergência da medicina moderna que se consolidou em torno do século XIX. Essa nova visão da prática médica está relacionada à questão da reprodução e ao papel que as populações passaram a representar, para o controle da sociedade²⁷.

Debates. São Paulo. NERU/Canopus, 11 (4), 1984, ano IV; CUNHA, M.C.P. - **O Espelho do Mundo - Juquery a História de um Asilo.** Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1986.

²⁶ A tecnologia em saúde “é constituída pelo saber e seus desdobramentos materiais (medicamentos, procedimentos, instrumentos e equipamentos médico-hospitalares) e não materiais na produção de serviços médicos, expressando a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática na totalidade social” (Augusto, 1986:175).

²⁷ Foucault (1980:131) registra o século XIX como um importante período de proliferação de tecnologias políticas, que marcaram a distinção entre população de corpos e corpos de indivíduos. O desenvolvimento de um poder sobre a vida, denominado **bio-poder**, permitiu tanto a vigilância meticulosa das condutas, dos comportamentos individuais, o controle sobre o corpo, quanto o acesso à espécie. É nesse contexto, que a sexualidade feminina será alvo de intervenção e medicalização social, pela sua responsabilidade em face do processo reprodutivo e da descendência, no que o autor chama de **histerização das mulheres**: “é a

A apropriação do corpo feminino

A apropriação do corpo feminino pelo saber médico foi marcada pelo desenvolvimento de um conhecimento cirúrgico e tecnológico, com o acesso da medicina à cena do nascimento, até então dominada pelas mulheres e pela ótica doméstica. Esse acesso da medicina correspondeu a uma passagem da competência feminina para a masculina e do âmbito doméstico para o do hospital (Pizzini, 1992). Embora a aproximação dos médicos ao parto date do início do século XVI, foi durante os séculos XVIII e XIX que se legitimou a prática dos cuidados com o corpo feminino, enquanto espaço exclusivo de competência médica, sistematizando-se com o nome de obstetria (Vieira, 1990), que deu origem a outras disciplinas médicas voltadas para o corpo feminino, como a ginecologia, a embriologia e a genética. A competência médica que se instaurou nesse período foi, aos poucos, expandindo sua atuação, e hoje, verificamos sua presença em toda a cena da reprodução: na concepção, na gravidez, no parto e na anticoncepção. Essas intervenções se apoiaram na idéia de prevenção de riscos à saúde da mulher e na garantia de nascimentos cada vez mais seguros e de crianças mais saudáveis. A característica, digamos, central dessas atuações é que, ao medicalizar o processo reprodutivo, elas se voltam mais amplamente sobre o corpo da mulher pela via dos medicamentos, técnicas e pesquisas, do que sobre o corpo do homem. Contudo, como vimos, o processo de prevalência da medicina, no âmbito da reprodução humana, não foi algo natural, mas conquistado, através da expropriação do saber feminino e do seu exercício na medicina popular e natural.

*primeira vez em que, pelo menos de maneira constante, uma sociedade afirma que seu futuro e sua fortuna estão ligados não somente ao número e à virtude dos cidadãos, não apenas às regras de casamentos e à organização familiar, mas à maneira como cada qual usa seu sexo" (1982:28). As relações entre poder, saber e corpo são investigadas por Foucault em suas análises sobre a história da loucura, sobre a punição dos delinquentes e reforma do sistema penal, sobre a doença e nascimento da clínica, e sobre a sexualidade. Ver FOUCAULT, M. - *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo. Perspectiva, 1978; *Vigiar e Punir - o nascimento da prisão*. Petrópolis. Vozes, 1977; *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 1994; *História da Sexualidade I - a vontade de saber*. Rio de Janeiro. Graal, 1982.*

As intervenções na área reprodutiva apoiavam-se na idéia de controlar os riscos do parto e a conseqüente diminuição da mortalidade. As altas taxas de mortalidade materna e infantil eram atribuídas à ignorância da parteira²⁸. O investimento inicial da ciência médica fêz-se através da criação das cadeiras de ginecologia e obstetrícia, nas escolas médicas, provocando um primeiro movimento de hospitalização das mulheres para o parto. O hospital figurou, nesse momento, como um lugar de assistência às gestantes mas também, particularmente, como um espaço de aprendizado para os médicos. No tocante à situação brasileira, segundo Brenes (1991:146), em referência à história da parturição no país, no século XIX, inúmeras foram as técnicas empregadas para atrair o público feminino aos locais de internamento. Havia resistência das mulheres contra a enfermaria de partos, pelo receio ao internamento, pela moralidade da época, pela tradição do hospital em abrigar pobres, e pelo estado rudimentar da prática obstétrica de então; por parte dos médicos, havia constantes reclamações sobre a falta de prática durante o curso, na área obstétrica.

Há uma séria objeção ao estabelecimento desta clinica que é a falta de parturientes...mas se o governo quiser tomar as devidas providências não somente abundarão as parturientes, mas obterá aumento da população, perfeito conhecimento dos nascimentos e evitará os infanticídios que se dão em grande número no Rio de Janeiro. Para este fim dever-se-á obrigar a toda e qualquer mulher rica ou pobre que tiver parido a levar ou mandar levar o recém-nascido à apresentação em casa do subdelegado do distrito; a pessoa encarregada de apresentar a criança o

²⁸ Mesmo considerando a inexistência de um sistema de coleção de dados estatísticos apropriados sobre mortalidade infantil e materna, no século XIX, a mortalidade infantil, na Inglaterra, por exemplo, estava em torno de 150 por 1.000 nascidos vivos; a mortalidade materna estava em torno de 1 para 200 nascimentos, no período de 1847 a 1876. A morte da mulher dentro das quatro semanas após o parto não era menor que 1 para 120 nascimentos. Os motivos mais comuns de morte, em meados do século XIX, eram a febre puerperal (cerca de 40%) e a infecção puerperal (Oakley, 1984: 32).

fará em um livro apropriado o dia e hora do nascimento da mesma, bem como o nome que se lhe deu ou o que se lhe deseja dar, o sexo, os defeitos etc; escreverá o nome da mãe, do pai (se for declarável), a sua morada, o estado em que vivem, a profissão etc. Depois desse ato dará um bilhete declarando ter sido apresentada a criança...nascida no dia tal....A mulher pobre, para livrar-se de todos estes incômodos com toda a facilidade, preferirá parir no hospital do que em casa, e as pessoas que hoje acolhem facilmente uma mulher em trabalho de parto deixarão de fazê-lo para furtar-se às "exigências da lei". (A.Guimarães - Breves considerações sobre o estudo e exercício da medicina no Brasil e França. Paris, 1863. Citado por Brenes, 1991:147)

Nos séculos XVIII e XIX, as mulheres não usavam visitar o médico durante a gestação. Na segunda metade do século XIX, essa prática foi se tornando mais popular entre mulheres em melhores posições sociais; contudo, essas visitas não chegavam a mais de duas, durante todo o período gestacional. Já as parteiras, aparentemente, não realizavam qualquer tipo de assistência pré-natal. De acordo com o Relatório Anual de 1876, na Inglaterra e País de Gales, as parteiras ainda atendiam 70% de todos os nascimentos e, em algumas áreas rurais, esse percentual chegava a 90%. Na verdade, médicos e parteiras cobravam pelos seus serviços. Entretanto, talvez estas fossem mais valorizadas pois não faziam apenas o parto: estavam mais próximas da comunidade, forneciam um certo amparo doméstico, além de cobrarem um valor mais modesto. As mulheres que não podiam pagar o custo de uma parteira ou médico podiam se dirigir ao Dispensário do Hospital, reservado à população pobre. Muitas cidades tinham ao menos

um dispensário. No entanto, esses hospitais raramente incluíam qualquer admissão antes da hora do parto ou alguma forma de cuidado pré-natal (Oakley, 1984: 28-32)²⁹.

O desenvolvimento das técnicas cirúrgicas em obstetrícia, na segunda metade do século XIX, teve um importante papel na aceitação do hospital como *locus* de atendimento de gestantes. Essas técnicas, como, por exemplo, as técnicas de profilaxia de infecções visando aumentar a sobrevivência pós-cesariana, buscavam reduzir as altas taxas de mortalidade materna. A cesariana era uma prática que apresentava altas taxas de mortalidade: na Grã-Bretanha, em 80 cesarianas realizadas antes de 1858, somente 29% das mulheres sobreviveram; nos Estados Unidos, de 1852 a 1880, de um total de 120 casos, 58% deles foram a óbito (Vieira, 1990).

Deve-se destacar também o fato de a própria prática da obstetrícia ser vista pelos médicos como menor, dentro da medicina, provavelmente por ser, até então, conduzida por mulheres. O Real Colégio de Médicos, de Londres, chegou a declarar oficialmente, no final do século XIX, que cuidar de partos não era atividade digna de um médico ou cirurgião e que estes deveriam restringir sua atuação a partos difíceis e perigosos, quando fosse necessário utilizar fórceps e fazer cesarianas (Vieira, 1990).

No Brasil, até o século XIX, a assistência ao parto era desenvolvida por parteiras, estando a prática médica restrita, provavelmente, a partos difíceis e cirúrgicos. Em 1809, um ano após a introdução dos cursos médicos, as artes obstétricas eram ministradas na Escola do Rio de Janeiro, na cadeira de cirurgia. Em Salvador, a disciplina foi introduzida somente em 1819. O estudo da obstetrícia permaneceu, por décadas, um estudo teórico. Em 1832, as academias medico-cirúrgicas foram transformadas em faculdades de medicina; contudo, até 1869, não existia ensino prático de partos. Muitos médicos

²⁹ Em 1900, o Dr. John William Ballantyne, da Universidade de Edinburgh, sugeriu a criação de um anexo ao Hospital Maternidade, para receber mulheres que ainda não tinham iniciado o trabalho de parto. Esse espaço seria destinado às mulheres com mal passado obstétrico ou que apresentassem complicações na gravidez e, mais tarde, para trabalhadoras pobres que necessitassem de repouso durante a gravidez. Assim, esse foi o primeiro momento em que se pensou o espaço hospitalar antecedendo o momento de

formaram-se sem jamais terem visto um parto ou procedido a um exame obstétrico, situação que tornava a realização do parto uma prática ainda hegemônica pelas parteiras diplomadas e práticas. Assim, apesar da exigência de apoio médico para a realização de partos ter sido instituída em 1830, em razão da tradição e receio das mulheres, o ensino prático da obstetrícia levou muito tempo para ser implantado. No Brasil, a mulher teve acesso ao ensino médico somente em 1889 (Vieira, 1990:75).

A medicalização do processo reprodutivo

A medicalização do processo reprodutivo buscou, inicialmente, tornar ilegítima a medicina tradicional e o conhecimento leigo operado pela família e outros agentes sociais, sendo a parteira alvo da primeira desapropriação de conhecimento e atuação sobre o corpo feminino. Nesse sentido, a tomada de poder operada pela instituição médica, na área reprodutiva, buscou definir a autoridade do médico, não só sobre os temas relativos à doença, mas também sobre aqueles relativos a saúde. Produziu uma ampla gama de normatizações visando a construção de uma maternidade sadia, valorizando a mulher pelo seu papel de agente, no interior da família, com o desenvolvimento de regras de higiene e puericultura.

É importante considerar que gravidez, parto e nascimento não eram entendidos, até então, como fenômenos médicos. Assim, em torno dos séculos XVII e XVIII, a gravidez foi incorporada ao discurso médico, mas era vista como um estado 'natural' da mulher; já num segundo movimento, em torno dos anos 50 do presente século, a gravidez foi gradualmente redefinida como um fenômeno patológico semelhante à doença (Oakley, 1984:12).

trabalho de parto e, como se mostrará ao longo desse texto, as instruções médicas surgiram para os casos excepcionais e de risco e, aos poucos, estenderam-se para o conjunto da população (Oakley, 1984:47).

Vieira (1990: 29) aponta dois importantes momentos na organização da medicina, no século XIX. O primeiro deles, que vai até a década de 1870, refere-se ao surgimento da Higiene Pública, nos discursos médicos e na organização de instituições voltadas ao controle das questões de salubridade, nas cidades, nas moradias, na prevenção de doenças, epidemias e mortalidade. Nesse movimento, o discurso médico voltou-se para a organização dos espaços urbanos e controle das populações, delegando à mulher um novo estatuto, quando passou a ser valorizada enquanto esposa e mãe e ganhou maior autoridade no espaço doméstico. As concepções da medicina higienista, que nortearam a medicalização do corpo feminino, reforçaram a visão da mulher como uma entidade biológica, nascida para o casamento e a vida doméstica.

O segundo momento compreende o período entre 1870 e 1910 e foi marcado pela ampliação dos objetivos da medicalização, voltados à formação de um tipo determinado de indivíduo e visando o aprimoramento da população e a melhoria da raça³⁰. Nesse processo, a “natureza feminina” foi utilizada para explicar a loucura e a degeneração moral, para inscrever a mulher num espaço de desqualificação de seu ser e de seu conhecimento sobre o próprio corpo. A mulher passou a ser tutelada pelo saber médico. Passou a precisar ser acompanhada, formada e instruída pelos princípios de higiene, para poder desempenhar seu papel de mãe e esposa, havendo, contudo, um discurso médico diferenciado segundo as condições sociais. O discurso médico criou conceitos relativos à maior ou menor proximidade da “natureza” dos corpos femininos de acordo com os estratos sociais. Assim, as mulheres da elite estavam mais próximas da “civilização” e, nesse sentido, possuíam uma “natureza” menos “natural”, estando mais propensas a partos mais difíceis e dolorosos (Vieira, 1990:45).

A inscrição da maternidade e da reprodução num campo de orientações e normas de atuação implicou a construção de imagens que se afastam desses modelos, o da “mãe

³⁰ Nos Estados Unidos, o primeiro movimento de introdução de acompanhamento e cuidados no período pré-natal ocorreu através da Associação de Enfermeiras do Distrito que, em 1901, iniciavam visitas a pacientes do Hospital de Boston. Em 1906, todas as grávidas recebiam, ao menos, uma visita da enfermeira (Oakley, 1984:55).

desnaturada”, ou o da “mulher degenerada”, que constituem desvios da norma. Nesse sentido, a sexualidade só podia estar relacionada às qualificações de mãe e esposa, restringindo-se aos domínios da procriação. Se, por um lado, as idéias médicas exaltaram a maternidade, por outro, criaram referências patológicas para a negação do modelo maternal.

Pode-se dizer que, até o final do século XVIII, a medicina tinha por referência mais a saúde do que a normalidade. Já, no século XIX, ela envolveu o conhecimento sobre o homem saudável, definindo um “homem modelo”, um tipo de funcionamento ou de estrutura orgânica através do qual criou seus conceitos e estabeleceu suas intervenções (Foucault, 1994:39).

Considerando a situação verificada na Inglaterra, no final do século XIX, Oakley (1984: 15-32) observa que, para a reprodução ser incorporada e transformada num evento médico, vários esforços foram feitos no sentido de desvendar a gravidez. Inicialmente, ocorreu a organização de um substancial conjunto de obras e literatura sobre a gravidez, em que está descrita não como uma doença mas como uma alteração temporária nas funções femininas. Um dos principais obstáculos ao desenvolvimento da clínica voltada para a gravidez foi a dificuldade de definir e diagnosticar a condição de gravidez, estando grande parte dos textos do período dedicada a elaborar uma classificação dos sinais e sintomas da gravidez. Por ser material de fácil acesso, a urina da mulher foi intensivamente estudada, durante séculos, para revelar o mistério da gravidez. Em 1913, por exemplo, ainda se desconhecia como ocorria a ovulação e de onde provinha o sangue menstrual. Deve-se considerar, também, que algumas descobertas não chegaram a incorporar rotinas médicas durante muito tempo, em razão dos princípios de moral vigentes na época. Assim, a descoberta dos batimentos cardíacos fetais, em 1821, por muitas décadas, não fez de sua escuta uma prática aceita, por não ser uma experiência respeitável colocar “um estetoscópio nu no ventre de uma mulher” (Oakley, 1984: 26). Situação similar foi verificada em relação à apalpação do ventre feminino, técnica ainda utilizada nos dias correntes.

Segundo essa autora, dois tipos de estratégias foram especialmente importantes no estabelecimento de uma racionalidade moderna, nos cuidados pré-natais. A primeira delas, referente ao conhecimento do que estava acontecendo no interior do útero feminino, buscava ter melhores informações do que a própria gestante sobre o que ocorria com seu corpo. A segunda era relacionada aos problemas decorrentes da dificuldade em controlar o término da gravidez, o início do trabalho de parto. A descoberta do raio-X, em 1895, e da substância quinino, em 1872, com poderes de intensificar as contrações uterinas, abriu caminho para a tecnologia e os métodos farmacológicos, no domínio das práticas obstétricas (Oakley, 1984:28)³¹.

Segundo Oakley (1984:37), as altas taxas de mortalidade infantil, particularmente aquelas ocorridas até o primeiro ano de vida, passaram a ser explicadas pelas condições pré-natais, entendidas como puericultura intra-útero e saúde materno-infantil. Ou seja, a necessidade de melhores cuidados durante a gestação, a educação das mães nos cuidados infantis, a melhor instrução e adequação de alimentos para crianças e mães passaram a ser vistos como elementos fundamentais para conter essas altas taxas. Ênfase era dada à necessidade de educação maternal, juntamente com a organização de serviços médicos voltados para a reprodução.

O Estado passou a ser responsabilizado por questões relativas à maternidade e à gestação. Na França e Grã-Bretanha, criavam-se depósitos de leite, organizados pelas autoridades públicas de saúde, com o intuito de controlar a qualidade do leite evitando a sua contaminação. Nos Estados Unidos, Nathan Straus criou o movimento pela obrigatoriedade da pasteurização do leite. Nesse período, também se verificou o

³¹ Conforme Kitzinger (1978:123), eram utilizados óleo de castor, injeções de extrato hipofisário e quinino, para induzir e acelerar o trabalho de parto. Um dos defensores desse método afirmava que “se as mulheres não entrarem em trabalho de parto depois de terem feito isto durante três dias seguidos, o obstetra podia ir passar o fim de semana fora”. Segundo a autora, o quinino matava 5% dos bebês. Em 1808, foi iniciada a aceleração do parto com cravagem de centeio, mas dentro de poucos anos descobriu-se que o número de nati-mortos aumentara de forma considerável, em consequência dessa prática. Em 1956, estudos provaram o aumento de câncer, na criança, em decorrência do emprego do Raio X durante a gravidez.

surgimento de agentes de saúde voluntários (vinculados às ligas civis e também às autoridades sanitárias) que realizavam visitas domiciliares, no intuito de instruir e educar as mães em princípios de higiene doméstica³².

Na década de 20 deste século, desenvolveu-se o discurso eugenista³³ com a preocupação de produzir indivíduos física e moralmente adequados a um determinado projeto social. No Brasil, esse período foi pródigo em exemplos de ligas, associações e entidades civis voltadas para a divulgação desses princípios.

No campo da pediatria, a década de 50 marcou o surgimento de propostas de estímulo ao consumo de alimentos industrializados (leite em pó) e farmacêuticos, com a concomitante desvalorização do leite materno. Nesse período, também se intensificou a medicalização do parto, com a sua progressiva transferência para as dependências do hospital e a expansão das consultas pré-natais, serviço que possibilitou a difusão de normas reprodutivas. A transferência do parto, do espaço doméstico para o hospitalar, implicou a intensificação do processo de patologização do parto, com a progressiva introdução de fármacos (anestésicos) e instrumentos visando guiá-lo (Corrêa, 1997). A justificativa para a hospitalização e para o aumento dos serviços pré-natais foi fornecida pelos indicadores estatísticos que apontavam para altas taxas de mortalidade infantil e taxas não tão significativas de mortalidade materna.

³² O Ministério da Educação da Grã-Bretanha e o Conselho de Governo Local considerou dois importantes princípios para governar o trabalho nesse campo: o princípio de interesse do Estado, que começa na concepção e termina com o começo da escola em tempo integral (quando a criança passa à supervisão do serviço médico da escola), e o princípio da contínua e sistemática provisão dos cuidados pré-natais (Oakley, 1984: 45).

³³ Eugenia é um termo criado pelo fisiologista inglês Galton para designar “o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física quanto mentalmente”. Posteriormente, vários intelectuais procuraram explorar os efeitos físicos e culturais produzidos pela miscigenação das raças humanas. Esse movimento alcançou grande repercussão no Brasil, nas primeiras décadas do presente século, num momento em que havia preocupação com a formação da nacionalidade brasileira. A eugenia forneceu um suporte científico para várias intenções racistas (de valorizar a pureza do sangue e triunfo da raça) e de moralização da sociedade. A esse respeito ver: COSTA, J.F. - *História da Psiquiatria no Brasil - um Corte Ideológico*. 4ª. edição. Rio de Janeiro. Xenon, 1989 e CUNHA, M.C.P - *O Espelho do Mundo - Juquery, a História de um Asilo*. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1986.

Em estudo sobre o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde (Marques, 1989:1), Marques observa que a introdução do parto hospitalar e a mudança na técnica obstétrica teve, por muitos anos, um efeito negativo sobre a mortalidade materna e perinatal, em toda a Europa, as mortes maternas hospitalares sendo excepcionalmente superiores ao número de mortes maternas domiciliares, em decorrência de infecção puerperal³⁴. Existe, de acordo com a autora, geralmente, uma defasagem entre a aquisição do conhecimento e a demonstração de seus benefícios. Assim, por exemplo, o uso de fórceps e de outros procedimentos cirúrgicos apresentaram resultados iniciais desastrosos. Esses elementos são particularmente importantes no presente contexto, pois revelam que a hegemonia obtida pelo saber médico, no campo reprodutivo, não foi obtida sem muita luta, num processo não linear, marcado por avanços, recuos e controvérsias.

Um outro aspecto, ainda não mencionado, que teve grande importância no processo de medicalização da reprodução, foram as mudanças que ocorreram em torno da idéia de criança, a partir do final do século XVIII, dando origem à noção de infância e sua valorização, fomentando representações ainda presentes em nossos dias. Nas palavras de Ariès, *“a passagem da criança pela família e pela sociedade era muito breve e muito insignificante para que tivesse tempo ou razão de forçar a memória e tocar a sensibilidade”*; de criancinha pequena, ela se transformava de imediato em homem jovem, sem passar pelas etapas da juventude. O *“sentimento de que se fazia muitas crianças para conservar apenas algumas”* indica a existência de indiferença com relação a uma infância por demais frágil (Ariès, 1981:10 e 57).

A valorização da infância e da identidade individual implicou que as crianças deixassem de ser misturadas aos adultos e que a escola se instituisse como meio de aprendizagem. Ariès compara o surgimento da educação escolar a um tipo de enclausuramento que implicou um afastamento da criança de seu convívio social

³⁴ O Registro Geral Decenal 1901-1910, da Inglaterra e País de Gales, conclui que as mortes por infecção puerperal, nesse período, eram maiores do que aquelas verificadas em 1861-1870, nesse caso particular, em função das condições apresentadas por muitos hospitais. Essa alta taxa de mortes por infecção

cotidiano. A família também alterou-se, figurando como um lugar de afeição entre os cônjuges e entre pais e filhos, passando a se organizar em torno da criança e a lhe dar importância.

A essa valorização da infância e da família correspondeu uma nova definição dos papéis de maternidade e paternidade. A valorização e afeição foram acompanhadas por um recolhimento da família à casa, pelo estabelecimento de uma nova sociabilidade.

Essas mudanças verificadas em relação à infância e à família fazem parte do processo de promoção da vida, no sentido biopolítico abordado por Foucault, e se articulam à preocupação com o controle da população e com a mortalidade infantil.

Na segunda metade do presente século, verificou-se o desenvolvimento de técnicas e tecnologia que revolucionaram os cuidados pré-natais e o gerenciamento da reprodução. A idéia de técnicas revolucionárias se baseia no fato de que, a partir de então, para ter acesso ao feto e obter conhecimentos sobre a gestação, a mulher não seria mais a intermediária, a informante necessária. O exame de ultra-som possibilitou o contato direto com o feto.

A técnica do ultra-sônico foi descoberta durante a Primeira Guerra Mundial e, posteriormente, adotada pela medicina. Durante a guerra, os sons das ondas foram usados para detectar a presença de submarinos inimigos e, depois, com o fim da guerra, a técnica foi utilizada pelas embarcações e pela indústria da pesca. Sua aplicação pela obstetria ocorreu quase por acidente. A idéia de Ian Donald e Scotland, foi utilizar um detector metálico ultra-sônico usado pela indústria, para diagnosticar um tumor misterioso no abdomen de uma mulher. Após o uso, descobriram que o tumor abdominal era uma gravidez. De acordo com Ian Donald, “*não haveria muita diferença entre um feto no útero e um submarino no mar*” (Ian Donald em entrevista à Oakley, 1987:44). O primeiro

puerperal trouxe à tona a discussão sobre os méritos do confinamento institucional, que então se desenvolvia, em oposição aos nascimentos verificados no âmbito domiciliar (Oakley, 1984: 33).

uso de ultra-som, na área obstétrica, ocorreu no final de 1950 e, em 1965, uma gravidez de sete semanas já podia ser diagnosticada com esse equipamento. Uma década depois, seu uso já estava difundido e, como em relação à descoberta do Raio-X, já se afirmava que a moderna obstetria e ginecologia não poderia ser praticada sem o ultra-som³⁵.

O impacto operado pela introdução do ultra-som no campo obstétrico foi significativo. A imagem do feto no útero materno e o acompanhamento de seu crescimento operou grandes transformações, tanto no âmbito da prática médica como nos âmbitos social, cultural e ético, relacionados à maternidade³⁶. A possibilidade de visualizar o feto, acompanhar seu crescimento, estimar a idade gestacional, saber o sexo e identificar algumas anomalias fetais incorporou-se rapidamente às rotinas pré-natais. No entanto, continua a ser uma prática médica de custos consideráveis, ainda não acessível a grande parte da população feminina mais pobre.

Algumas das possibilidades e implicações do uso de ultra-som são analisadas por Petchesky (1987:58). Segundo a autora, o poder da imagem fetal pode fortalecer duas visões de significados distintos mas, simultâneos: uma empírica (informativa) e outra mítica (ou mágica). As imagens do feto produzidas pelo ultra-som não corresponderiam ao ponto de vista do feto ou da mulher grávida mas sim de uma câmera. Isso criou uma metáfora bastante recorrente em relação ao feto no útero como um “homem” no espaço, flutuando livremente, atado somente pelo cordão umbilical, em que a mãe não existe, está fora do espaço. Essa visão concorreria para a idéia de autonomia do feto, como um ser independente do lugar em que se encontra (o útero materno), com uma identidade separada da mãe, muitas vezes reforçando o aspecto de medicalização da reprodução. O

³⁵ Ainda é controversa a informação de que o uso de ultra-som pode causar efeitos colaterais à mulher ou ao feto. Não há estudos conclusivos a respeito. Mas, chama a atenção o fato de algumas técnicas serem introduzidas sem haver estudos prévios sobre seus efeitos e segurança.

³⁶ No início de 1984, durante a campanha presidencial dos Estados Unidos, grupos anti-aborto utilizaram imagens fetais, intituladas *The Silent Scream*, para sensibilizar a opinião pública contra o aborto. O uso dessas imagens correspondeu a uma primeira abordagem da questão pelo aspecto técnico-médico, em detrimento do discurso religioso usado até então (Petchesky, 1987:58).

acesso à imagem do feto poderia motivar diagnósticos e terapias de intervenção, com o feto sendo tratado como um paciente³⁷.

Um dos aspectos mais controversos proporcionados pelo uso da técnica de ultrassom é permitir a busca pelo “bebê perfeito” ou do “sexo preferido”³⁸. A visualização do feto, em período determinado, permite indicar alguns problemas de má formação. Essa técnica também abriu caminho para a realização de outros exames invasivos de detecção de anomalias fetais como, por exemplo, a amniocentese, a análise de vilocorial e a cordocentese³⁹.

O acompanhamento do crescimento do feto pela ultra-sonografia, uma rotina pré-natal em sociedades industrializadas, permite ao casal ver a criança antes de nascer, filmá-la, saber com antecedência seu sexo, ter estimativas de seu peso, enfim, sentir-se mais seguro em relação à qualidade da concepção. Durante o período de gestação, a descoberta de anomalias fetais, por exemplo, coloca para os casais uma situação conflituosa, já que não se dispõe de terapêuticas para grande parte dos diagnósticos e, no caso do Brasil, nem da opção legalizada para interrupção da gravidez, se assim desejarem.

³⁷De acordo com Novaes (Novaes e Salem, 1995), há casos registrados, nos Estados Unidos, de mulheres que foram forçadas a se submeterem a cesáreas ou cirurgias voltadas para correção de anomalias fetais, contra sua vontade, porque os médicos conseguiram convencer os juizes de que as intervenções eram necessárias para a saúde ou a sobrevivência do feto.

³⁸ Em países onde as mulheres não são valorizadas socialmente, técnicas destinadas a visualizar o feto (ultra-som) e pré-determinar o sexo no nascimento têm sido utilizadas, para garantir o nascimento de meninos. Kishwar (1987:31) observa, em artigo, a existência de déficit de mulheres na população da Índia e identifica o uso sistemático da técnica da amniocentese (técnica usada para identificar anomalias nos fetos) para reduzir o número de mulheres nos nascimentos, através de abortos ou mesmo infanticídios. Chama atenção o fato dessas técnicas estarem disponíveis não somente nos centros urbanos, mas também em vilarejos e pequenas cidades do interior do país. Há clínicas que, inclusive, fazem propaganda dela, através de jornais e revistas, propalando as vantagens de o serviço poder evitar o nascimento de mulheres.

³⁹ A análise do vilocorial é uma biópsia da placenta, cujos fragmentos são recolhidos por uma agulha especial, introduzida na vagina ou no abdômen da gestante. É o mais precoce dos exames (feito a partir da 10ª semana de gestação) e seu laudo é um estudo genético do bebê; cordocentese, também conhecido como funiculocentese, é feito pela coleta do sangue fetal, por meio de uma agulha que atravessa o abdômen da mãe. É indicado a partir da 20ª semana de gestação e, além de um estudo genético do bebê, avalia as condições de oxigenação do feto, ocorrência de infecções e risco de malformações. Sua técnica também é utilizada para realizar transfusões de sangue para o feto.

A medicalização da reprodução está praticamente estabelecida, nos últimos cinquenta anos. A contracepção e o aborto, praticados, até então, de forma bastante empírica, com desdobramentos pouco eficazes e também perigosos, são absorvidos pela instituição médico-tecnológica. Através desse aspecto essencial na vida dos indivíduos, a própria fecundidade e seu controle, a intervenção médica, estão praticamente completos na vida da mulher, realizando um percurso que, com o avanço tecnológico, se estende muito rapidamente à concepção.

A instituição médica tem incorporado tecnologias sofisticadas, em diferentes níveis, provocando mudanças consideráveis nas formas de diagnóstico e tratamento das doenças. A produção e consumo dessa tecnologia aumentou significativamente, nos últimos trinta anos, e também passou a ser legitimadora dos procedimentos médicos (Augusto, 1986; Scavone, 1993).

Buscou-se, neste capítulo, caracterizar o processo de medicalização da reprodução. Esse processo contribuiu para o estabelecimento da idéia de que a ginecologia e a obstetria “sabem mais” sobre gravidez e corpo feminino do que as próprias mulheres. Assim, na sociedade ocidental, muitas mulheres, ao viverem a experiência da gravidez pela primeira vez, se utilizam do acesso a livros, revistas, cursos e especialistas, no intuito de se prepararem para a gestação e o parto, e de saberem o que se passa em seu próprio corpo.

Há alguns séculos atrás, as perguntas e o apoio necessários nesse momento particular eram respondidos no âmbito familiar, pela mãe, avó e, na comunidade, pela vizinhança ou parteira. No entanto, as transformações ocorridas no âmbito da reprodução e da participação social feminina e as mudanças verificadas no âmbito familiar deixaram as mulheres menos conscientes do que suas mães e avós da realidade da maternidade.

Ademais, o parto foi distanciado de um processo que ocorre naturalmente na vida de muitas mulheres, tornando-se uma situação clínica, um acontecimento patológico⁴⁰.

Pode-se dizer que, a concepção da medicina, segundo a qual a mulher é um ser marcado pela sua capacidade reprodutiva, permanece intocada, desde o século XIX. No Brasil, as políticas públicas de saúde ainda privilegiam o ciclo gravídico puerperal, apesar de, nos anos 60, terem havido ações voltadas para a anticoncepção e, posteriormente, um crescimento acentuado dos índices de esterilização.

A tecnologia médica tem continuamente expandido sua atuação, comprometendo-se com a resolução de um número cada vez maior de problemas de saúde. Assim, pela trajetória mencionada ao longo deste capítulo, não é surpreendente que, hoje, ela interfira no momento da concepção. No entanto, ao mesmo tempo, produz um quadro de contradição na situação de atendimento e assistência à saúde, com a coexistência de um grande acúmulo de conhecimentos e de tecnologia avançada ao lado de indicadores de saúde medíocres, como se verá no próximo capítulo. Ainda que essa situação não se refira às mesmas mulheres, a expectativa de que uma ampla medicalização da reprodução possa responder, de maneira satisfatória, a vários problemas de saúde convive com altos índices de mortalidade materna, contracepção mal orientada e outras patologias insuficientemente diagnosticadas como, por exemplo, câncer de útero e de mama⁴¹.

⁴⁰ Na maior parte das sociedades tradicionais (não industrializadas), a gravidez é considerada uma condição especial, que liga as mulheres, e também os bebês que vão nascer, à terra e aos deuses, sendo raramente encarada como uma doença (Kitzinger, 1978:75).

⁴¹ As informações relacionadas à saúde reprodutiva no Brasil serão abordadas no capítulo seguinte.

Capítulo 2

A REPRODUÇÃO HUMANA NO BRASIL

A intervenção das ciências médicas e biológicas na reprodução humana foi se construindo por meio de um processo que perpassa alguns séculos e sua chegada ao campo da concepção não figura, em princípio, como um acontecimento inesperado. A reprodução assistida, apresentada nos marcos de uma revolução tecnológica no campo da reprodução humana, o que, não deixa de ser, considerando seus aspectos eminentemente técnicos, configura-se como uma das últimas etapas de um processo cujas origens remontam a alguns séculos atrás. Como vimos no capítulo anterior, a medicina vem se ocupando dos diferentes momentos relacionados à reprodução: pré-natal, gestação, parto, cuidados com o recém-nascido e, mais recentemente, concepção e intervenções fetais, fornecendo desde orientação, com vistas a uma sexualidade saudável voltada para a reprodução, até a possibilidade de seleção genética, visando produzir indivíduos com certas características.

Essa contínua intervenção da medicina sobre a sexualidade e a reprodução humanas esteve voltada, especialmente, para o corpo feminino, através da difusão, pesquisa e desenvolvimento de medicamentos, técnicas e práticas médicas. Nesse sentido, verificou-se o desenvolvimento de modernas formas de domínio da fecundidade que permitiram, de um lado, um maior controle da sexualidade pelas mulheres e, concretamente, possibilitaram separá-la, como fonte de prazer, da concepção e, de outro, o desenvolvimento de técnicas de reprodução assistida que forneceram os meios para superar os efeitos das situações de baixa fertilidade e infertilidade, em mulheres e homens,

proporcionando a realização da maternidade e paternidade por vias não naturais de concepção.

Entretanto, esses dois aspectos só se tornaram possíveis porque a medicalização da reprodução humana alterou o processo do gestar e do nascer, nas sociedades ocidentais. Essa alteração configura-se através de uma série de processos ocorridos, ao longo de três séculos, destacando-se, entre eles, a expropriação da parteira, a legitimação da medicina para lidar com o nascer, o estabelecimento do hospital como *locus* de atendimento, a assistência médica durante a gestação e no parto, e as instruções e cuidados com o recém-nascido. Como observa Corrêa (1997:29), essa forte racionalização tornou-se uma exigência na gestão da vida cotidiana da mulher contemporânea: articular o trabalho com a maternidade e as tarefas domésticas, e planejar os filhos (número, momento de tê-los).

Contudo, a maior medicalização e racionalização da reprodução e a existência de um número cada vez maior de tecnologias nesse campo não têm implicado, para a grande maioria da população brasileira, o exercício da sexualidade como um direito de cidadania, com condições de acesso à informação, aos métodos contraceptivos e serviços de saúde adequados.

Nesse sentido, para que possamos compreender o contexto em que as técnicas em reprodução assistida são desenvolvidas e aplicadas, é importante considerar a situação de intervenção da medicina sobre a reprodução humana, no país, particularmente, na contracepção, no aborto, na gestação, no parto e assistência médica.

A saúde reprodutiva e a assistência médica

Ao longo deste século, as formas de organização da prática médica se alteraram, no Brasil, com o surgimento de novos modelos de prestação de serviços médicos que

superaram a prática da medicina dita liberal. De acordo com Schraiber (1993), a partir da década de trinta, a medicina sofreu um processo de superação da prática de pequeno produtor privado e isolado do consultório particular, para reestruturar-se em um conjunto de instituições heterogêneas e de práticas desiguais, que a identifica como medicina tecnológica. Nessa situação, o exercício da medicina liberal foi suplantado por outro que requer a maciça presença de equipamentos no ato técnico. Esse processo configurou uma nova ética profissional, ao dissociar o cuidado técnico, ou seja, o tratar a doença, do cuidado humano, a assistência ao doente.

Até 1920, a assistência médica estava estruturada na medicina liberal, na medicina filantrópica e nas sociedades de auxílio mútuo organizadas pelos trabalhadores. Havia empresas que estabeleciam serviços próprios de assistência a seus trabalhadores, mas contudo, em sua maioria, limitavam-se a ações imediatas de socorro (Schraiber, 1993:136). A presença do Estado ocorria em torno da assistência aos militares e aos servidores públicos.

Foi somente em torno dos anos 30, com as mudanças econômicas e sociais verificadas no período (expansão da produção industrial, crescimento do Produto Interno Bruto, urbanização das cidades, diversificação dos padrões de consumo), e com o aumento do custo da assistência médica, que ocorreu uma expansão das formas de atendimento alternativas à medicina liberal. O Estado criou institutos de aposentadoria voltados à cobertura dos trabalhadores urbanos, optou pela compra de serviços de saúde de terceiros e ampliou sua rede própria de serviços ambulatoriais (Schraiber, 1993:140; Corrêa, 1997:48).

A partir dos anos 60, ocorreu a unificação dos Institutos de Aposentadoria, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que centralizaria as ações e decisões, prestando assistência médica à população trabalhadora, contribuinte compulsória por intermédio da compra de serviços privados de saúde por via de convênios. Uma ampla rede de hospitais e clínicas capacitou-se para responder à ausência de um sistema estatal.

Em 1981, 71% dos gastos com saúde foram destinados ao setor privado, não incluídos os investimentos para a ampliação da capacidade instalada desse setor (Berquó, Araújo e Sorrentino, 1994:21). Assim, grande parte dos serviços de saúde, ainda que formalmente integrados à rede pública, através de contratos de prestação de serviços e convênios, era dirigida e administrada pelo setor privado. Essa situação reforçou uma série de distorções do sistema de atendimento, como a realização de procedimentos baseados no valor da remuneração. O modelo adotado acarretou um crescimento dos gastos em ações de cunho curativo e, atualmente, mais de 70% da despesa pública com saúde destina-se ao setor hospitalar, ficando uma parte pouco expressiva para a rede básica e o controle de doenças endêmicas⁴².

Nesse período, verificou-se o crescimento das medicinas de grupo e da rede privada de hospitais e ambulatórios, concomitantemente ao aumento do número de faculdades de medicina no país⁴³.

A Reforma Sanitária, movimento que surgiu nos anos 60, reunindo profissionais, estudiosos, pesquisadores e usuários do sistema de saúde, tinha como bandeira a resistência ao modelo de saúde implantado no país e o fortalecimento de um sistema público de saúde, com o Estado respondendo pela assistência médica da população na sua globalidade. Esse movimento teve uma importante participação no conjunto de idéias e formulações que criaram o Sistema Único de Saúde - SUS - aprovado pela Constituição

⁴² A expansão do acesso aos serviços colaborou com a privatização da assistência hospitalar: em 1967, dos 2.800 hospitais existentes no país, 2.300 estavam contratados pela previdência pública; em 1950, 53,9% dos leitos hospitalares estavam na rede particular e, em 1960, eram 62,1%. O crescimento dos hospitais próprios da previdência, no período de 50 a 70, indicam uma concentração de atendimento no sistema ambulatorial. Até 1970, 83,4% das consultas ambulatoriais eram prestadas através desse serviço (Schraiber, 1993:140).

⁴³ O número de médicos passou de 21.446, em 1958, para 43.500, em 1966, e 72.500, em 1975. Em 1953, o Estado de São Paulo possuía um médico para cada 1.649 habitantes. De acordo com os dados do censo de 80, a relação médico/habitante era, então, de 1/1.170, para o Brasil, e de 1/1.158, para o Estado de São Paulo (Schraiber, 1993:141). O crescimento dos cursos de medicina teria acentuado a má distribuição dos profissionais no país. 60% dos 220 mil profissionais registrados no Brasil (dados de 97) estão na região sudeste. Segundo dados do Cineaem (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico), houve um grande crescimento do número de escolas particulares, a partir de 1965. Até essa data, predominavam as estaduais e aquelas vinculadas ao governo federal. Em 1991, eram particulares 43,4%

de 1988, estabelecendo a saúde, pela primeira vez, como direito social e dever do Estado. Seus princípios centrais são a universalização do atendimento, ou seja, não é necessária a contribuição compulsória para o atendimento, a municipalização e a hierarquização da atenção, e a participação da comunidade.

O movimento da reforma sanitária colaborou com a preservação de uma parte do sistema público de saúde, particularmente, no âmbito da prevenção, assistência e pesquisa⁴⁴. Contudo, mudanças ocorridas no perfil de morbimortalidade da população acarretaram um aumento de demanda de atendimento que a rede privada não se interessou em responder. A rede privada ampliou-se e passou a atender somente o que considera atrativo e lucrativo, deslocando de volta ao setor público aqueles procedimentos de alto custo e complexidade.

A implementação do SUS esbarrou em inúmeros conflitos como a dissociação de seus princípios norteadores e a visão dos fornecedores de serviços, a organização proposta para o sistema e aquela existente no atendimento, o estabelecimento de normas e a efetiva condição de implementá-las e a inexistência de fontes de recursos definidos para a área (Berquó, Araújo e Sorrentino, 1994). Soma-se a isso a situação decorrente da correlação de forças estabelecida no nível nacional e regional, nos vários níveis administrativos e políticos do sistema de saúde.

Atualmente, o SUS baseia-se no repasse de recursos federais para Estados e Municípios, e na participação destes com porcentagens variáveis de 0 a 16% dos seus orçamentos⁴⁵. A lei define que 50% do repasse para os municípios seja calculado com base em critérios populacionais e outros 50%, com base na capacidade técnica dos serviços

das escolas de medicina existentes no país, 39,5% eram federais, 14,5%, estaduais e 2,6%, municipais (Cinaem, 1997).

⁴⁴ De acordo com Berquó (Berquó, Araújo e Sorrentino, 1994: 23), essa preservação foi possível porque uma parte dos ideólogos da reforma sanitária se encontrava em instâncias decisórias do sistema de saúde, inclusive no Ministério da Saúde.

⁴⁵ Em 1994, as internações hospitalares e as despesas ambulatoriais responderam por 74% das despesas totais, excetuando-se despesas com pessoal e amortização da dívida, pagas pelo SUS. Foram 14,75

prestados. Contudo, há grandes distorções num sistema que busca implementar-se através da descentralização, depois de décadas de centralização na distribuição dos recursos. Ademais, há defasagem no número de atendimentos, na capacidade instalada dos serviços, na qualidade do serviço prestado, nas ações realizadas entre a população residente e aquela atendida no município e também na distribuição dos recursos federais aos Estados (Berquó, Araújo e Sorrentino, 1994).

O alto custo do sistema e a baixa qualidade do atendimento prestado criaram as condições para o crescimento dos sistemas privados de saúde, que respondem por cerca de 30% do atendimento à população. É um amplo mercado, com 37,5 milhões de pessoas atendidas pelos convênios privados de saúde, sendo 12,5 milhões os que possuem seguro particular e 25 milhões os que têm o seguro saúde através de seus empregadores. No entanto, esses sistemas privados ainda não possuem regulamentação e não cumprem sequer a resolução do Conselho Federal de Medicina, que prevê a cobertura de todas as doenças por parte dessas empresas.

Somam-se a esse quadro os constantes cortes orçamentários realizados na área da saúde, os baixos salários recebidos pelos profissionais e o sucateamento que ocorre no setor com a desativação de hospitais e a diminuição de leitos, atingindo setores de pesquisa e formação.

Apresentar esse quadro é importante para dimensionar a situação no país, já que o atendimento à saúde da mulher constitui um dos aspectos mais críticos. Como observado anteriormente, ao longo da história, os programas dirigidos à população feminina primaram por ações voltadas para o ciclo gravídico-puerperal, desconhecendo as outras fases e necessidades na vida das mulheres. Contudo, nem mesmo essa cobertura tem sido efetivamente prestada, já que 50% das mulheres de baixa renda ainda não têm acesso à atenção pré-natal (Berquó, Araújo e Sorrentino, 1994:35).

milhões de internações - 9,14 milhões de mulheres e 5,61 milhões de homens - correspondendo a um custo total de US\$ 3,25 bilhões de dólares (Nunes e Piola, 1998: 115).

A partir da década de 80, o movimento de mulheres, profissionais da saúde e técnicos do Ministério da Saúde intervieram no debate sobre o planejamento familiar e o atendimento à saúde das mulheres, o que resultou na elaboração e implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM. *“Neste programa, a mulher é concebida não apenas como um órgão reprodutivo, mas na sua integralidade e em todas as fases de seu ciclo vital. O controle de patologias específicas - o câncer cérvico-uterino e de mama - e o planejamento familiar amplo cobrindo tanto a infertilidade como a anticoncepção fazem parte de suas ações programáticas. Esta concepção representou um passo importante como conquista e como expectativa nos anos que se seguiram”* (Berquó, 1993:366).

No entanto, apesar da organização do movimento de mulheres, na busca por melhoria dos serviços de saúde, a existência de sensibilização dos profissionais de saúde e do avanço programático na sua formulação, o PAISM, passados 12 anos de sua regulamentação, ainda não foi implantado na rede pública da maioria dos Estados e Municípios de maneira que possa alterar o quadro de saúde da população feminina brasileira. Costa (1992), em estudo sobre a avaliação da situação de implantação do PAISM no país, revela que 81% das secretarias municipais de capitais e 67% das estaduais realizam abaixo de 40% da cobertura. Estudo realizado no Estado de São Paulo mostrou que, de 1797 unidades de saúde que haviam implantado alguma parte do programa em 1988, somente 7% ofereciam acesso a métodos contraceptivos (Hardy, 1988 *apud* Giffin, 1992:117).

Assim, se, por um lado, a criação do PAISM representou um importante avanço, por outro lado, não recebeu alocação satisfatória de recursos e não se transformou em prioridade política que permitisse sua viabilização em nível nacional. Isso configurou uma situação em que a presença do Estado na área de reprodução humana ocorre de maneira ambígua. A não intervenção do Estado nas questões relativas à reprodução humana permitiu que, nessa área, houvesse a presença e a dependência ao setor privado.

Os métodos contraceptivos

As técnicas relacionadas ao controle da fertilidade e contracepção conheceram um desenvolvimento substantivo, a partir da década de 50. A partir desse período, foram lançados no mercado, para consumo feminino, alguns métodos denominados de alta eficácia como, por exemplo, a pílula anticoncepcional e o DIU (dispositivo intra-uterino). Há também os contraceptivos injetáveis, de longa duração, administrados por injeções intramusculares. Trata-se de produtos hormonais que necessitam de acompanhamento técnico, tanto para sua inserção, quanto para sua retirada. No Brasil, há estudos que indicam que sua aplicação começou no início do anos 70. Um desses produtos hormonais (Norplant) foi proibido no país, em razão dos efeitos colaterais provocados nas mulheres. Outra modalidade de contraceptivo que está sendo pesquisada é a vacina antifertilidade. Ela interfere deliberadamente no sistema imunológico humano, induzindo-o a rejeitar partes constitutivas do sistema reprodutivo.

O desenvolvimento de métodos contraceptivos pode ser encarado como uma resposta ao desejo feminino de controlar a fertilidade. Nos anos 70, com a maior participação da mulher no mercado de trabalho e o crescimento do movimento feminista, emergem as idéias sobre direito ao controle sobre o próprio corpo, a sexualidade, a maternidade voluntária e a exclusividade feminina na contracepção.

A forte queda na taxa de fecundidade apresentada pelo Brasil não apresenta similares, em termos de rapidez, em outros países. A partir da década de 70, a redução da fecundidade tem ocorrido em todas as regiões do país e, na década de 80, foi de aproximadamente 50%, representando uma queda de 75%, em vinte anos. Como aponta Giffin (Giffin, 1992:103-107), um "*Estado de duas caras*" resume a tendência histórica que permitiu a coexistência de uma ideologia de não-intervenção, com o favorecimento à penetração de agentes privados fornecedores da contracepção.

As taxas de fecundidade total (número de filhos por mulher em idade reprodutiva) têm declinado sensivelmente, no país, passando de 6,26%, na década de 60, para 4,5%, em 1980, 3,5%, em 1984, e 2,5% a 2,7% estimados para os anos 90 (Berquó, 1993). Esses números têm levado à redução do crescimento da população e à mudança em sua estrutura etária. Segundo o *Relatório Revisão e Estratégias do Fundo das Nações Unidas para a População* (FNUAP, 1991 apud Corral, 1996), o Brasil experimentou uma das mais rápidas reduções nas taxas de fertilidade da história da humanidade, sem, contudo, apresentar algum dos indicadores sociais que caracterizam a transição demográfica experimentada pelos países do Norte.

A implementação de políticas de controle populacional ocorreu, no país⁴⁶, através da atuação de entidades privadas, como BENFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil), estabelecida em 1965, o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e a Criança (CPAIMC), em função desde 1975, e a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF), entre as mais importantes. A BENFAM foi responsável pelo maior programa não-governamental de planejamento familiar. A fonte principal dos recursos canalizados para o controle da natalidade, no Brasil, foi a Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID).

A permissão para a entrada maciça de contracepção moderna, sem a existência de um sistema de saúde eficaz, que permitisse a informação, a escolha adequada dos métodos contraceptivos e um efetivo atendimento à saúde, estabeleceu uma desvinculação entre prática contraceptiva e atenção à saúde⁴⁷, causando uma série de distorções decorrentes da

⁴⁶ A idéia de que a superpopulação é um perigo, particularmente, quando ocorre nos países mais pobres da Ásia, América Latina e África, foi muito alardeada pelos países industrializados do Norte, nas décadas de 60 e 70. A superpopulação traria problemas de escassez de alimentos e agressões ao meio ambiente. Essas idéias criaram fôlego com a 1ª Conferência Mundial sobre População, em 1974, em Bucareste, onde se lançaram as diretrizes do Plano Mundial de Ações para a População, com recomendações que falam de uma situação de emergência para implantação do controle populacional.

⁴⁷ É importante destacar que, diferentemente de outros países, no Brasil, todos os contraceptivos orais ou injetáveis, geléias, preservativos, DIU, diafragma, são adquiridos livremente no mercado, sem a necessidade de prescrição médica.

prevalência de apenas dois métodos contraceptivos para a população em geral: a pílula anticoncepcional e a ligadura tubária.

Esses métodos de contracepção prevalentes têm implicado um divórcio da mulher com seu corpo e da ligação imediata entre a fecundidade e a relação heterossexual. A oferta de anticoncepcionais tem se centrado nas soluções que implicam medicalização e intervenção química (pílula, injeções e implantes) e cirúrgica (mutilação de trompas e histerectomias desnecessárias)⁴⁸ nos ciclos de fertilidade feminina. Assim, métodos de barreira e de tomada de conhecimento da ovulação que, praticamente, não representam riscos à saúde da mulher, têm sido pouco ofertados.

Alguns fatores contribuíram para que o controle da natalidade funcionasse no país. Merecem destaque o fluxo de capitais que alimentaram as clínicas de planejamento familiar, o interesse da indústria farmacêutica e a crescente demanda por contraceptivos. Essas políticas contribuíram para que a esterilização e a pílula passassem a ser os métodos mais utilizados pelas mulheres brasileiras, representando 85% do total de métodos de controle da natalidade. Expediente muito utilizado pelas organizações, nesse processo, foi a assinatura de convênios com as administrações locais para promover serviços de planejamento familiar através da rede pública de saúde (Corral, 1996). Deve-se considerar que parte das mulheres submetidas à esterilização se candidataria, mais tarde, ao uso das tecnologias reprodutivas voltadas à concepção, como os relatos colhidos na presente pesquisa revelam.

É importante considerar que, nas últimas três décadas, as mulheres brasileiras, aumentaram sensivelmente sua participação no mercado de trabalho, seu acesso à informação, meios de comunicação e educação formal, circunstâncias que contribuíram para o desejo progressivo por ter menos filhos. Ademais, as dificuldades econômicas, a ausência de políticas públicas e empresariais de assistência à infância, e a necessidade de ainda teriam de arcar sozinhas com os trabalhos domésticos, levaram à busca por

⁴⁸ Histerectomia corresponde à intervenção para a extração total do útero.

contracepção, a despeito de, até pouco tempo, essa prática não estar regulamentada e sofrer forte pressão da Igreja Católica⁴⁹.

O direito à contracepção, através do acesso a métodos modernos, entendido como indicador de autonomia e liberdade das mulheres em relação à sua sexualidade e à vivência da maternidade desejada, tem correspondido a um aumento da dependência com relação às estratégias médicas de controle da fertilidade e dos riscos à saúde, inerentes a certas opções anticonceptivas. Nesse sentido, são inúmeras as situações de desenvolvimento de pesquisas, práticas de assistência e decisões de investigação associadas a eventos reprodutivos, que colocam em risco a saúde das mulheres, particularmente as mais pobres, com menor poder de informação⁵⁰.

Segundo dados da PNAD/1986 (Berquó, Araújo e Sorrentino, 1994), 59,8% das mulheres brasileiras, entre 15 e 49 anos, utilizam algum método anticoncepcional. Dez anos depois, pesquisa da BENFAM/1996 (Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde/PNDS-1996) revela uma maior prevalência do uso de métodos contraceptivos: 76,7% das mulheres casadas ou unidas e 55,4% de todas as mulheres usavam algum método.

Entre os métodos anticoncepcionais mais utilizados (PNAD/1986), a esterilização aparece com 29,3%, a pílula com 22,9%, e outros métodos (condom, barreira) com

⁴⁹ Somente no ano de 1994, o Congresso aprovou a lei 209/91, de autoria do Deputado Federal Eduardo Jorge (PT/SP), que aborda a questão da contracepção e da prática de ligadura tubária.

⁵⁰ Sobre o assunto ver: CARNEIRO, F. - "O Eros Escondido: Aspectos Éticos da Contracepção"; CORRAL, T. "Controle da População no Brasil: o fracasso de um 'sucesso'"; DACACH, S. e ISRAEL, G. - "Norplant - Ciência ou Incons(ciência)?"; BRETIN, H. - "Qual Escolha, Quais Desigualdades? O Uso do Contraceptivo Depoprovera na França", todos IN **Tecnologias Reprodutivas: Gênero e Ciência**. (org) Lucila Scavone. São Paulo. Editora da Universidade Estadual Paulista. 1996.; BARROSO, C. e AMADO, T. "A Ideologia da Pesquisa em Contracepção" In **Relatório do Seminário Nacional dos Direitos Reprodutivos**. São Paulo. Setembro 1987, mimeo. Estima-se que apenas 10% dos recursos aplicados em pesquisa em reprodução sejam alocados para métodos masculinos. As justificativas para essa escolha referem-se a uma suposta maior complexidade do organismo masculino (maiores dificuldades para seu conhecimento e controle) e pelo fato de as mulheres serem, supostamente, mais propensas que os homens a tolerarem os riscos e eventuais desconfortos acarretado pelo uso de certos métodos. Como observa Barroso (Barroso e Amado, 1987:30), a constatação dessa tendência foi considerada motivo suficiente para orientar, preferencialmente, os esforços de pesquisa para métodos de uso feminino.

7,6%⁵¹. Considerando a distribuição desses dados segundo regiões, a maior prevalência de esterilização se encontra na região Centro-Oeste, com 40,0%, seguida da região Norte, com 33,3%, e da Sudeste, com 29,0%. Já a pílula apresenta os maiores índices de uso na região Sul (36,4%), e Sudeste (29,0%). No Nordeste, houve um aumento da prática contraceptiva baseada na ampliação da esterilização cirúrgica. O uso de algum método passou de 52,9%, em 1986, para 68,9%, em 1996, com a esterilização apresentando 24,6% e 43,9% respectivamente (Berquó, Araújo e Sorrentino, 1994:102; Corrêa, 1997:58).

Uma das principais fontes de acesso a métodos contraceptivos por parte das mulheres, segundo recente pesquisa nacional (PNDS/1996 - BENFAM), é o setor privado, cerca de 60% dos casos. Entre os métodos, a pílula contribui com 90,5%, sendo 88,2% através de farmácias e o restante em hospitais e consultórios. O setor público respondeu por apenas 7,8% da distribuição. Se considerarmos a esterilização feminina, a participação do setor público alcança 70,9% dos casos. Realizada no setor público ou conveniado, a ligadura tubária é feita, em geral, de forma clandestina, remunerada extra-oficialmente pela paciente durante outra intervenção cirúrgica, na maioria dos casos, um parto cesáreo. O condom, que figura em terceiro lugar como método anticoncepcional mais utilizado, em parte pelas campanhas de prevenção contra a AIDS, também figura entre aqueles adquiridos no setor privado - 77,1% das mulheres e 88,0% dos homens que utilizam esse método adquirem o preservativo na farmácia ou através de amigos e parentes (Corrêa, 1997:53 e Carranza, 1994:104).

A alta prevalência do uso de pílula anticoncepcional adquirida de maneira informal, sem prescrição e acompanhamento médico, é indicativa do tipo de assistência à saúde disponível e revela que, apesar das dificuldades existentes, as mulheres têm realizado a anticoncepção, com todos os riscos inerentes à autoadministração do medicamento. Em estudo realizado na UNICAMP, apenas a metade das usuárias de pílula entrevistadas

⁵¹ Segundo dados da BENFAM-PNDS/1996, 40,1% das mulheres casadas ou unidas já tinham sido esterilizadas e 20,7% usavam a pílula.

tinham indicação do método e 27% tinham contra indicações absolutas para seu uso (Faúndes, 1987:19)⁵². A automedicação, a interrupção do uso em razão dos efeitos colaterais indesejados e a administração errada do medicamento estão, certamente, expondo muitas mulheres a uma gravidez não desejada, o que resulta num aumento do recurso ao aborto provocado.

No caso da esterilização, por que tantas mulheres estariam utilizando um método definitivo para controlar a fertilidade? Essa pergunta não comporta uma resposta simples, já que vários fatores contribuíram para a situação, mas, certamente, o alto número de mulheres esterilizadas tem estreita relação com a falta de informação e acesso a métodos contraceptivos. O principal motivo alegado, “número de filhos suficiente”, foi relatado por 61,6% das mulheres, em pesquisa realizada em São Paulo, em 1992. Já na pesquisa nacional do IBGE, em 1986, a resposta mais freqüente foi “problemas de saúde”, que poderia estar refletindo a influência do poder médico na fala das mulheres, pois a esterilização só pode ser praticada em casos excepcionais de problemas de saúde. Embora a mudança de discurso reflita, como observa Berquó (1993:374), um novo clima trazido pelo movimento de mulheres, no estabelecimento dos direitos reprodutivos, certamente, se tivessem conhecimento e acesso a outros métodos contraceptivos, essas mulheres poderiam exercer seu direito sem precisar recorrer a um método definitivo⁵³.

As taxas de esterilização, no Brasil (29,3%), representam mais do dobro daquelas verificadas nos países desenvolvidos (11,4%), e também são maiores que as dos países menos desenvolvidos (22,3%) (Berquó, 1993).

Em relação à satisfação com a esterilização, 89% das mulheres se manifestaram favoravelmente, alegando, especialmente, o fato de não precisarem mais se preocupar com

⁵² Algumas contra-indicações para seu uso são: idade entre 35 e 44 anos, doença cardiovascular, varizes, diabetes, hipertensão, problemas renais, fumo e obesidade (Faúndes, 1987; Giffin, 1992:108).

⁵³ Estudo realizado sobre esterilização revelou que 40% das mulheres já esterilizadas justificam sua decisão pelas dificuldades financeiras para criar muitos filhos, 37%, pela segurança do método, e 18%, por não prejudicar a saúde como faz a pílula. Essa última citação é indicativa de que elas dispõem de apenas duas opções, ou a pílula ou a esterilização (Berquó, 1993:375).

o uso de outro método. Para aquelas que se arrependeram, os motivos levantados são *“morte de filhos, novas uniões maritais, vontade de ter mais filhos e problemas de saúde”* (Berquó, 1993:375). Estudo realizado por Pinotti (Pinotti *et alii*, 1986), com 231 mulheres esterilizadas há pelo menos três anos, revela que 12% estavam arrependidas. No caso de mulheres com menos de 25 anos a taxa sobe para 50%. Temos aqui a manifestação de uma situação que pode proporcionar a busca à reprodução assistida como solução para um problema reprodutivo criado pela intervenção médica.

Em nível nacional, 63% das esterilizações existentes em 1986 ocorreram após 1979. A esterilização de mulheres jovens (com menos de 30 anos) é um fenômeno mais recente, a partir de 1980, que pode estar se ampliando, em razão do crescimento do número de gravidezes em adolescentes, na última década⁵⁴. Atualmente, a idade média das mulheres que escolhem a esterilização é de 28,9 anos (PNDS/96), menor do que aquela verificada em pesquisa de 1986, quando era de 31,4 anos.

Essa prática maciça da esterilização não se teria estabelecido sem o aparato que lhe dá suporte: a medicalização do parto e a alta prevalência de partos cirúrgicos. No Brasil, a grande maioria dos partos ocorre no hospital, chegando a 98% dos casos, no Estado de São Paulo. Contudo, o fenômeno que tem gerado muita preocupação é a excessiva utilização do parto cesariano como maneira de finalizar a gravidez. Há situações em que ele é fundamental para salvar a vida da mãe e do bebê. Entretanto, sua realização acarreta riscos que não justificam sua utilização indiscriminada⁵⁵.

⁵⁴ Durante entrevista realizada com um médico atuante em reprodução assistida, foi mencionado o crescimento de casos de esterilização em adolescentes. Ele revelou o caso de uma garota de 16 anos, grávida, cujos pais solicitaram a realização de parto cesáreo seguido de esterilização, para evitar que ela voltasse a engravidar.

⁵⁵ Os riscos que a cesariana acarreta são hemorragias, danos ao sistema urinário e digestivo, maior morbimortalidade materna, maior risco de extração de fetos prematuros, maior ocorrência de problemas respiratórios no bebê, maior ocorrência de infecções e outras complicações no período puerperal, choques anestésicos, esterilidade, após certo número de cirurgias decorrente de aderências ou ruptura uterina, demora no início da amamentação (Carranza, 1994).

A assistência obstétrica

Os partos cirúrgicos ou cesarianos, entre 1970 e 1980, aumentaram de 15% para 31%, do total de partos realizados pelo INAMPS, no país, passando a 34% em 1990⁵⁶. Em 1996, a PNDS/96 estimou em 40% o número de partos cirúrgicos realizados. Em 75% dos casos de esterilização ocorridos no Brasil, em 1986, o evento ocorreu durante o último parto cesáreo e, em 80% dos casos, na cidade de São Paulo, no ano de 1992 (Corrêa, 1997:61 e Berquó, 1993:376). O índice de cesarianas recomendado pela Organização Mundial da Saúde é cerca de 15% de todos os partos realizados.

Um dos principais elementos que proporcionaram esse aumento no número de partos cirúrgicos, no país, foi a prática realizada pelo Inamps, até 1980, de remunerar mais a cesárea do que o parto normal. Considerando que 75% dos partos realizados são pagos por esse órgão, em hospitais próprios, contratados ou conveniados, essa prática constituiu fonte de lucro para o setor privado, sendo utilizada de forma bastante abusiva. Após numerosas denúncias, o valor pago pelos dois tipos de partos foi igualado; contudo, ainda é um problema, o fato de haver reembolso de analgesia somente no parto cirúrgico. Caso a mulher priorize evitar a dor e tenha seu parto pago pelo Inamps, deverá sofrer uma cesárea.

⁵⁶Os dados relativos às internações hospitalares no SUS, em 1994, segundo faixa etária, revelam que o parto normal é o procedimento de maior frequência, na faixa de 15 a 24 anos, com 999.271 internações correspondendo a 45,67% do total. O parto cesariano é o segundo procedimento mais freqüente, com aproximadamente 400 mil casos, respondendo por 18,21% dos procedimentos realizados. As complicações obstétricas são o terceiro grupo de maior frequência, com 137.700 casos. Dentro desse grupo, o procedimento curetagem pós-aborto corresponde a 134,9 mil ocorrências. Na faixa etária de 25 a 34 anos, os dois procedimentos mais freqüentes são também o parto normal, com 765.350 ocorrências, e o parto cesariano, com 439.650 casos, correspondendo a 33,07% e 18,99% do total, respectivamente. Para essa faixa etária há um aumento do número de partos cesarianos em relação à faixa etária anteriormente mencionada, evidenciando a elevada ocorrência desse procedimento, no país. Nessa faixa etária, as complicações obstétricas respondem por 134.967 casos (5,83%), com a curetagem pós-aborto apresentando frequência de 131.667 ocorrências. Chama a atenção o parto normal figurar em quarto lugar nos procedimentos verificados na faixa etária de 5 a 14 anos, apontando para a precocidade da iniciação sexual no Brasil (Nunes e Piola, 1998:126).

Outra razão para o aumento da realização de partos cirúrgicos é o fato de essa ser a principal via para a prática de esterilização. Deve-se considerar também a conveniência, para o profissional médico, de uma intervenção programada, com duração já prevista, e, muitas vezes, o seu despreparo para realizar um parto por via vaginal. O fato de o parto cesáreo poder ser programado com antecedência, de prever um maior número de profissionais (anestesista, médico auxiliar, instrumentadora), maior gasto de materiais, implicar em maior número de diárias e permanência hospitalar, certamente, colabora para criar uma “cultura da cesariana”, entre os profissionais e instituições envolvidas⁵⁷.

O médico, muitas vezes, transmite a idéia de que o parto cesáreo é mais fácil, rápido, indolor, melhor para a mãe e o bebê, ao mesmo tempo que seria capaz de preservar a anatomia vaginal e perineal da mulher. Ademais, para esse tipo de intervenção cirúrgica, a gestante não precisa de preparo prévio, como formas de respiração e conhecimento do processo de nascer, que deveriam fazer parte da preparação para o parto realizada durante as consultas do pré-natal. Soma-se a isso toda uma cultura disseminada pelos meios de comunicação, que apresentam o parto normal como um evento doloroso e cheio de sofrimento. Nesse sentido, muitas vezes, as mulheres são as primeiras a solicitar esse tipo de procedimento⁵⁸.

O maior índice de operações cesarianas é encontrado nos hospitais privados que atendem à população de renda mais elevada e, cresce com o nível de instrução das mães (Berquó, 1993:377)⁵⁹. Se considerarmos que as mulheres com melhor nível de renda e

⁵⁷ Entre profissionais médicos que priorizam a realização de partos normais, há relatos indicando uma “certa má vontade” de outros profissionais no acompanhamento de partos normais.

⁵⁸ O parto normal é muito mais seguro que a cesariana eletiva. Na Holanda, por exemplo, 50% dos partos são em domicílio, feitos por parteiras, e somente 2% de todos os partos realizados são cirúrgicos. A mortalidade materna era de 7 mulheres para 100.000 nascidos vivos, em 1975 (no Brasil era de 94,93). Essa situação é devida também a um sistema eficiente de medidas preventivas e de cuidados durante o parto (Corrêa, 1997:64). Nesse sentido, considerando a situação brasileira, é importante referir que uma maior medicalização da reprodução e aporte de tecnologia, na gestação e parto, não se traduzem em melhores condições de atendimento à gestante.

⁵⁹ A porcentagem de cesarianas pode variar de 16,7%, nas mulheres cuja renda familiar é menor que um salário mínimo, a 57,6%, naquelas com renda familiar superior a dez salários (Carranza, 1994:138). Segundo dados do IBGE/82, as taxas de cesariana são menores entre as mulheres atendidas no serviço

instrução realizam um melhor acompanhamento da gestação, tendo um maior número de consultas pré-natais, era de esperar que apresentassem os menores índices de partos cirúrgicos. Não é o que ocorre. Mulheres que realizam as mais altas coberturas de pré-natais têm realizado o maior número de cesáreas. Esse fato é indicativo da maneira abusiva com que essa tecnologia tem sido empregada, em situações que não denotam riscos que indiquem a sua adoção.

Segundo o Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM), uma mulher deveria realizar um mínimo de seis consultas pré-natais, como também ter acesso a exames de tipagem sanguínea (fator RH), sorologia para sífilis (VDRL), exame sumário de urina e dosagem para hemoglobina. Segundo a PNDS/96, 50% das mulheres tiveram mais de 7 consultas pré-natais e 28,7% tiveram entre 4 e 6 consultas. Esses dados de cobertura são aparentemente razoáveis.

Contudo, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, para grande parcela da população, podem acarretar problemas na hora de conceber, independente de a gestante ter feito um acompanhamento pré-natal. Muitas vezes, é necessário percorrer dois, até três, hospitais para conseguir uma vaga para internação, mesmo para fazer um parto normal. Dessa forma, muitas vezes, uma boa cobertura pré-natal pode não garantir o devido atendimento na hora do parto, especialmente, em casos de gravidezes de risco. Recentemente, vários casos têm sido noticiados pela imprensa, de mulheres, já em trabalho de parto, que realizam uma verdadeira peregrinação por hospitais em busca de uma vaga. Também não foram poucos os casos relatados de falta de leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva), para bebês prematuros, e de berçários interditados por alto número de mortes de bebês decorrentes de infecções hospitalares⁶⁰.

público, seguidas pelas que possuem algum tipo de seguro ou convênio de saúde, e mais altas entre aquelas atendidas por médico particular (Berquó, Araujó e Sorrentino, 1994).

⁶⁰ A indicação de falta leitos de UTI para bebês pode ser demonstrativo de que muitas mulheres não estão recebendo uma adequada atenção pré-natal, o que poderia estar contribuindo para um maior número de gestações de risco.

Mortalidade materna e infantil

Dois importantes indicadores da qualidade da assistência médica ao período gravídico-puerperal são as taxas de mortalidade materna e de mortalidade infantil. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a mortalidade materna “*é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais*” (Berquó, Araújo e Sorrentino, 1994:73).

Apesar de apresentar uma alta prevalência de uso de métodos contraceptivos, de tecnologia na assistência ao parto e de baixas taxas de fecundidade, observam-se, no Brasil, altos coeficientes de mortalidade materna. Em 1980, o coeficiente de mortalidade materna foi de 150 e, em 1988, de 102. Esse declínio não corresponde a uma efetiva tendência de queda, na taxa de mortalidade materna; antes, indica problemas na coleta dos dados, já que apenas 80% dos municípios brasileiros fornecem a informação⁶¹. A Organização Mundial de Saúde preconiza um limite máximo aceitável de 20 mortes por 100.000 nascidos vivos. No ano de 1989, os países desenvolvidos apresentaram coeficientes de 10, nos Estados Unidos, 4, no Canadá e 18, na França.

É importante considerar, também, a disparidade dos coeficientes de mortalidade materna entre as regiões brasileiras, revelador das diferenças nas condições de vida das mulheres e na distribuição dos serviços disponíveis de assistência à saúde. Enquanto, em 1987, a região sul apresentou coeficiente de mortalidade materna de 110 por 100.000

⁶¹ Em razão desse problema, apresentado na coleta dos dados, Berquó observa que os valores referidos foram corrigidos como se todos os municípios tivessem enviado a informação. Para se ter uma idéia, inicialmente, os valores apresentados eram de 70 por 100.000 nascidos (NV), para 1980, e de 50 por 100.000 nascidos (NV), para 1988 (Berquó, Sorrentino e Araújo, 1994).

nascidos vivos, na região norte, esse coeficiente foi de 298 por 100.000 nascidos vivos. A taxa verificada no município de São Paulo, uma das mais baixas do país, foi de 45 por 100.000 nascidos vivos, para o ano de 1990, mas é um coeficiente ainda muito expressivo, se considerarmos os números apresentados pelos países desenvolvidos (Berquó, Araújo e Sorrentino, 1994)⁶². A maior proporção de óbitos é encontrada entre as mulheres com menor nível de instrução e acesso aos serviços de saúde⁶³.

Esses altos coeficientes de mortalidade materna poderiam estar sendo evitados com a melhoria do atendimento e atenção durante o período do pré-natal, parto e puerpério, com a utilização de procedimentos simples, conhecidos e baratos. Assim, considerando as causas de óbito, verifica-se que as causas obstétricas diretas, aquelas diretamente relacionadas a patologias de fácil controle⁶⁴ prevalecem com 90%. As complicações relacionadas ao período gravídico respondem por 64% das mulheres que falecem, 18% das mortes são devidas às complicações do parto, e 11% resultam de complicações ligadas ao aborto, sendo o restante decorrente de outras complicações.

O aborto, quando praticado adequadamente, apresenta pouco risco para a saúde. Nos EUA, por exemplo, a mortalidade por aborto foi de 0,4 mortes por 100.000 abortos,

⁶² Deve-se considerar que há muito sub-registro das informações de mortalidade materna, devido à não-obrigatoriedade de envio dos atestados de óbito aos órgãos encarregados de sua divulgação e compilação; por não ser obrigatório o envio dos dados ao nível central, muitos municípios não enviam a informação. Também ocorre a declaração errada da causa de morte, no atestado. O não envio de informação ocorre, em regra, nas regiões em que ocorre a maior porcentagem de mortalidade materna, regiões Norte e Nordeste. (Carranza, 1994:117).

⁶³ A situação de pobreza é também um importante fator ligado ao aumento de óbitos por causas maternas. A anemia, a desnutrição e outras patologias não controladas em mulheres de baixa renda podem ter como consequência a morte materna, baixo peso ao nascer, prematuridade e morte fetal.

⁶⁴ As principais causas obstétricas diretas são as doenças hipertensivas da gravidez, as hemorragias, as infecções puerperais e os abortos. O aborto constitui importante causa de mortalidade materna, no Brasil, respondendo por um grande número de internações necessárias por problemas decorrentes de curetagens mal feitas. A curetagem pós-aborto foi a sexta causa de internação hospitalar paga pelo SUS, no ano de 1991, correspondendo a 341.911 internações. O Ministério da Saúde estima entre 800.000 e 1.200.000 o número de abortos praticados, anualmente, no Brasil. Como se trata de uma situação de ilegalidade, é difícil ter uma informação precisa (Berquó, Araújo e Sorrentino, 1994:84). A esse respeito ver: BARBOSA, R.M. e ARRILHA, M. - "A experiência brasileira com o Cytotec"; ARAÚJO, M.J. - "Aborto legal no Hospital do Jabaquara" In *Revista de Estudos Feministas*. Rio de Janeiro. CIEC/UFRJ. Vol.1 (2); VIANNA, L.A. - "Epidemiologia do aborto" In *Tecnologias Reprodutivas: gênero e ciência*. Lucila Scavone (org.). São Paulo. Ed.Unesp, 1996.

em 1985. Corrêa observa (1997:55) que, na América Latina, cerca de 30% das mulheres que realizam o aborto, prática criminalizada em todos os países, com exceção de Cuba, necessitam de internação por complicações. Os riscos provocados pelo aborto, não decorrem, em sua maioria, de fatores médicos, mas de sua ilegalidade⁶⁵.

Estudo realizado em Belo Horizonte revela que, de 30% de mulheres que declararam ter recorrido ao aborto provocado, 80% foram internadas em decorrência dessa prática e 22% tentaram abortar sem sucesso. Além disso, o número de internações por complicações do aborto tem aumentado (Giffin, 1992:114)⁶⁶. A forma clandestina como essa prática vem sendo realizada tem submetido as mulheres a uma série de riscos que, muitas vezes, não resultam em morte imediata mas podem apresentar complicações ou efeitos ao longo dos anos, como doenças pélvicas e aderências, comprometendo seu futuro reprodutivo, colocando-as como possíveis candidatas ao uso de tecnologias em reprodução assistida.

Se considerarmos que quase 80% dos partos ocorridos no país⁶⁷ são medicamente assistidos e realizados na rede de saúde, temos a dimensão da qualidade da atenção prestada, especialmente, em decorrência da alta utilização de práticas que amplificam os riscos, como o grande número de cesarianas desnecessárias. Esse procedimento está relacionado como um importante fator de crescimento da mortalidade materna, especialmente, pelo aumento de hemorragias e complicações por infecções puerperais.

⁶⁵ O aborto previsto em lei, no Brasil (Código Penal - artigo 128 de 1940), nos casos em que a gravidez resulta de estupro e quando a gestação coloca em risco a vida da mulher, ainda tem uma cobertura ínfima. Na prática, um pequeno número é realizado oficialmente, porque a demora decorrente do processo legal acaba impedindo sua realização. Após 48 anos, os serviços estão disponíveis apenas em São Paulo, Recife, Porto Alegre, Campinas e Brasília. Mulheres que residem em outras localidades têm que se locomover para essas cidades, para poderem fazer valer seus direitos.

⁶⁶ Dados de um hospital municipal em Santo André revelam a prevalência de até 50% de mulheres casadas, de mais de vinte anos, entre o contingente que abortou. Ou seja, o uso da contracepção moderna, nas condições em que ela é utilizada no país (prevalência de apenas dois métodos, assistência médica precária, automedicação), estaria resultando num aumento ao recurso do aborto provocado, em mulheres que buscam controlar sua fecundidade.

⁶⁷ O parto normal figura como a primeira causa de internação hospitalar paga pelo SUS, no segundo semestre de 1991, com 888.380 internações. Em terceiro lugar temos a cesariana, com 408.641 internações, e, em sexto lugar, a curetagem pós-aborto, com 172.928 internações. Ou seja, quase 20% das internações referem-se a aspectos de saúde reprodutiva da mulher (Berquó, Araújo e Sorrentino, 1994:83).

Outro importante fator, mencionado anteriormente, para avaliarmos a qualidade da assistência médica ao ciclo gravídico-puerperal, é a mortalidade infantil. A taxa de mortalidade infantil é definida como o “*número de óbitos no primeiro ano de vida por 1.000 nascidos vivos. Ela pode ser subdividida em taxa de mortalidade neonatal (incluindo os óbitos até 28 dias de vida) e taxa de mortalidade pós-neonatal (incluindo os óbitos de 1-11 meses de idade); a soma dessas duas equivalem então à taxa de mortalidade infantil*” (Berquó, Araújo e Sorrentino, 1994:161).

Para o período de 1986 a 1996, estima-se uma taxa geral de mortalidade infantil de 48 mortes por mil nascidos vivos (PNDS/96), sendo de 65 aquela encontrada na área rural e 42 por mil nascidos vivos, nas áreas urbanas. Como outros dados que permitem aferir as condições de vida da população, as taxas de mortalidade infantil variam de acordo com as regiões e o grau de instrução da mãe. O Nordeste apresenta 74 mortes por mil nascidos vivos, enquanto, na região Sul, são 25 por mil nascidos vivos. A mortalidade também é mais acentuada quanto menor for o intervalo de nascimento entre os filhos.

Considerando o período 80-86, observa-se uma tendência ligeira de queda nos coeficientes de mortalidade infantil, sendo 76,2 mortes por mil nascidos vivos, em 1980; 69,7, em 1981; 62,7, em 1982; 63,8, em 1983; 68,2, em 1984; 55,0, em 1985; e 53,0, em 1986. Essa diminuição pode ser imputada a um melhor controle sanitário, campanhas de vacinação e ações de puericultura⁶⁸. Contudo, o coeficiente de mortalidade infantil é bastante alto se comparado com outros países, inclusive aqueles da América Latina que possuem algumas condições similares de desenvolvimento econômico e social. Nos países desenvolvidos, essas taxas não chegam a 15 mortes por mil nascidos vivos.

⁶⁸ Grande parte dessa redução da mortalidade infantil ocorre nas áreas urbanas, sendo ainda alta na maioria das áreas rurais. Ademais, a redução é bastante diferenciada entre as regiões brasileiras, refletindo diferentes processos de desenvolvimento econômico e social.

A construção social da infertilidade

Os dados apresentados ao longo deste capítulo, ainda que incompletos e esparsos, não contando com informações sobre mortalidade por causas externas, doenças sexualmente transmissíveis ou mesmo tipos de cânceres, permitem organizar um quadro da atenção à saúde da mulher, no país. A situação de completa medicalização da reprodução coexiste com altas taxas de mortalidade materna e infantil, evitáveis através de medidas simples e já conhecidas.

A construção desse panorama da reprodução humana é importante para podermos caracterizar em que condições as tecnologias voltadas à concepção são empregadas no Brasil. A alta incidência de partos cirúrgicos, a contracepção realizada de forma precária e mal orientada, com a prevalência de apenas dois métodos (pílula e esterilização), o aborto realizado em condições de risco, a baixa cobertura pré-natal, podem configurar situações que favoreçam a busca por tecnologias voltadas à concepção.

Se não, vejamos: os partos cirúrgicos, os abortos mal feitos, a contracepção mal orientada podem implicar dificuldades na hora de conceber, colocando as mulheres envolvidas como candidatas ao uso de tecnologia em reprodução assistida. O alto índice de esterilizações realizadas em mulheres jovens, no início da vida reprodutiva, também pode colaborar com essa situação. Certamente, esse quadro não é compartilhado pelo conjunto da população feminina. As mulheres com melhores condições econômicas e sociais, principais clientes das tecnologias reprodutivas, possuem menores chances de apresentar seqüelas de abortos e, em princípio, de realizar contracepção mal-orientada. No entanto, têm feito maior uso de partos cirúrgicos, podem ser afetadas por inflamações pélvicas e doenças sexualmente transmissíveis, e, em menor número, também recorrem as ligaduras tubárias.

A precariedade da assistência à saúde da mulher, no Brasil, pode estar fornecendo os elementos para o estabelecimento de um ciclo vicioso de **partos cesáreos/ esterilização cirúrgica/ aborto clandestino/ infertilidade/ reprodução assistida**. Esse ciclo configuraria, no nosso entender, uma situação de **construção social da infertilidade**. Ou seja, a prevalência de uma intensa medicalização, com a presença de mediocres indicadores de saúde da mulher, e a contracepção mal-orientada estariam conduzindo muitas mulheres à busca de tecnologias, no momento de conceber.

Entre os relatos ouvidos durante a pesquisa, de mulheres em tratamento e fazendo uso de tecnologias voltadas à concepção, chama a atenção o número expressivo daquelas que se arrependeram da realização de ligadura tubária ou de abortos clandestinos, tiveram abortos espontâneos mas não receberam assistência médica adequada, ou apresentaram algum problema de saúde reprodutiva (infecção, doença sexualmente transmissível) que não foi diagnosticado ou tratado a contento.

As tecnologias em reprodução assistida são enaltecidas, muitas vezes, por possibilitarem à medicina lidar com a vida, proporcionar a gestação em situações que naturalmente não seriam permitidas, numa área que supostamente já teria atendido todas as outras demandas de controle da fecundidade e de medicalização do processo reprodutivo. No entanto, a situação de atenção à saúde, no Brasil, revela que a medicalização do corpo feminino não se configura como garantia de saúde.

Capítulo 3

MEDICINA E TECNOLOGIA NO CAMPO DA CONCEPÇÃO

Tecnologias reprodutivas, tecnologias conceptivas, reprodução assistida ou novas tecnologias reprodutivas⁶⁹ são termos que pretendem situar as tecnologias envolvidas na reprodução humana tais como: fertilização *in vitro*, manipulação de embriões, amadurecimento e doação de óvulos, transferência, congelamento e armazenamento de embriões, uso de substâncias hormonais (estimulantes da ovulação) e inseminação artificial. Trata-se de um conjunto de discursos e práticas médicas envolvidos na reprodução humana, tendo como alvo privilegiado o corpo feminino, que objetivam estabelecer a gravidez, quando a mulher, seu companheiro, ou ambos, são inférteis, atuando através da substituição da relação sexual entre os parceiros, na reprodução biológica, por técnicas que buscam o encontro dos gametas sexuais mediante a intervenção do corpo médico.

É importante, primeiramente, definir o que se compreende por reprodução, entre os termos que estão sendo utilizados para analisar as técnicas reprodutivas. Inicialmente, quando se fala em reprodução, não se estabelece o conceito de identidade, de criação de

⁶⁹ O campo médico delinea uma certa preferência pelo termo “tecnologia em reprodução assistida” ou “reprodução assistida”, forma que define a extensão da assistência médica, da concepção à gravidez e ao parto. Na literatura de cunho crítico, como estudos sobre mulheres e estudos feministas, em regra, o termo utilizado é procriação artificial, tecnologias reprodutivas, novas tecnologias reprodutivas e tecnologias reprodutivas conceptivas. O termo tecnologias reprodutivas refere-se às tecnologias voltadas ao campo reprodutivo e designa tanto **tecnologias anticonceptivas** (pílula anticoncepcional, aborto, esterilização feminina, DIU, injetáveis e implantes) como **conceptivas** (fertilização *in vitro*, inseminação artificial). Essas diferentes designações do objeto remetem, na verdade, a contextos diferenciados de apreensão e compreensão da técnica e podem nos conduzir a caminhos distintos. No presente trabalho, utilizam-se os termos **tecnologia reprodutiva** e **reprodução assistida**, ficando aqui o registro do contexto em que foram gerados. A expressão tecnologia reprodutiva é empregada na sua acepção conceptiva.

ser vivente único e não idêntico. Assim, segundo o dicionário Aurélio, reproduzir é o ato de repetir, imitar fielmente e copiar. O termo reprodução foi introduzido na biologia, no século XVIII, quando anteriormente se falava em procriação e geração. Procriação era um termo que trazia implícita a ligação do criador com a coisa criada e procriar significava continuar, segundo mensagem do *Genesis*; dar origem, nascimento e existência. De acordo com o mesmo dicionário, gerar é dar existência, fecundar e conceber; gerar exprime a unicidade do processo de concepção, gravidez e nascimento. Contudo, essas duas expressões são utilizadas pela linguagem comum mas não fazem parte do discurso científico.

O termo reprodução é expressão que se aproxima da metáfora explicativa do funcionamento da natureza, baseada nos princípios da mecânica. Parte de uma construção da natureza como artefato, um ser vivente quase idêntico, uma réplica de um corpo produzido por outro corpo (Pizzini, 1992). O termo é pouco preciso já que, na criação da vida, não existe reprodução: metade do patrimônio genético da mulher se combina com a metade do patrimônio genético do homem. Através desse processo, repetido ao infinito pelas gerações, tem se assegurado a particularidade e unicidade de cada ser.

É importante também distinguir o que, de fato, é novo, no atual processo de reprodução. O uso do adjetivo “novo” para a tecnologia em questão não tem sido apropriado. É possível indicar como nova a técnica de fecundação *in vitro* e a pesquisa genética, mas não a inseminação artificial e a utilização da capacidade reprodutiva de uma mulher, práticas já realizadas em séculos anteriores⁷⁰. Técnicas mais avançadas, como

⁷⁰ Héritier-Augé (1985:7), num estudo sobre os novos modos de procriação frutos da reprodução assistida, aborda as maneiras pelas quais as diferentes sociedades humanas enfrentaram o problema da infertilidade e da esterilidade, revelando formas de arranjo social que possibilitam a descendência. Todas consagram o primado do social, da convenção jurídica, sobre a forma biológica. Entre alguns grupos do Tibet, uma mulher casada com o primogênito de uma família, desposa sucessivamente cada um dos irmãos de seu marido, a intervalos regulares de um ano, nunca permanecendo com mais de um por vez. Todas as crianças geradas são atribuídas ao primogênito, denominado o “pai” e seu irmãos os “tios”, não havendo preocupação dos demais irmãos com a paternidade individual. Entre os Nuer as mulheres que se revelaram estéreis, após um certo período de tempo de casamento, retornam à sua linhagem de origem e aí são consideradas como homens. Como todo casamento é sancionado por uma transferência de gado da família do marido para a da esposa, quando retorna à casa paterna, a mulher estéril se beneficia de partes do gado pago a seu pai e irmãos. Quando constitui um capital, ela pode pagar um dote e obter uma esposa

predeterminação do sexo, congelamento e transferência de embriões e cirurgia pré-natal, são novas, enquanto aplicadas à reprodução humana, mas trata-se de técnicas consolidadas em outros campos científicos, como na biologia e na zoologia, no trato de criações (gado, ovelhas, galinhas). Uma observação interessante é que o uso do termo “novo” traz implícito a idéia de técnicas “velhas” para fazer filhos que, todavia, não estão inscritas no quadro da técnica e, tampouco, são completamente substituídas pelas “novas” técnicas. Igualmente complicado é o uso do termo “artificial” para as tecnologias reprodutivas, já que o que ocorre é a supressão do encontro sexual entre os parceiros, mas com a utilização do material genético de ambos (ou doado). Como observa Donini,

Aquele velho modo era e é sempre percebido como repleto de cultura e todo o caminho, da concepção ao parto, é marcado por tão grande dinâmica de intenções, escolhas, atos de vontade, intervenção da experiência e dos saberes que considerá-las simplistamente como naturais - em contraste com artificial - não reflete o senso comum. (Donini apud Pizzini e Lombardi, 1994)⁷¹

O conhecimento sobre seres vivos tem estado basicamente vinculado à experimentação, no contexto da produção de conhecimento. A história da ciência oferece vários exemplos desse fato. A primeira experiência de inseminação artificial em mamíferos é atribuída a Spallanzani de Modena (1729-1799), pesquisador do século XVIII. Por volta

da qual se torna marido. Esta relação não produz uma relação homossexual, mas um “servo” que se ocupa das atividades pastorais e também relaciona-se com a esposa. As crianças geradas são do “marido”, assim designado pela transferência de gado. As crianças a chamam de pai e não reconhecem nenhuma ligação particular com seu genitor. Nesse caso, a mulher estéril recorreu a uma inseminação natural, com doador reconhecido, pago simbolicamente (com gado) e desprovido de direitos sobre as crianças que ajudou a gerar.

⁷¹ Tradução livre do trecho : “Quel vecchio modo era ed è pur sempre avvertito come denso di cultura e tutto il tragitto dal concepimento al parto è attraversato da tali dinamiche di intenzioni, scelte, atti di volontà, interventi delle esperienze e dei saperi che considerarlo semplicisticamente come naturale - in contrasto con artificiale - non rispecchia il senso comune”.

de 1770, esse autor realizou experiências em anfíbios e mamíferos e mostrou que o contato entre o fluido seminal e o óvulo era essencial para que houvesse fertilização (no caso, com uma égua), antes portanto do estabelecimento do conhecimento dos ciclos de fertilidade e das células reprodutivas (espermatozóides e óvulos)⁷².

Em 1878, S.L.Schenk, um embriologista vienense, fez a primeira tentativa de fertilização externa utilizando óvulos de coelha, e, em 1890, Walter Heape realizou a primeira transferência de um embrião de mamífero (Rotania, 1996:170; OMS, 1992:8). Da experimentação em animais para aquela realizada em seres humanos não houve grande período de tempo. Assim, em 1799, foi realizada a primeira inseminação artificial em uma mulher, com sêmen do marido, pelo médico inglês Hunter, operação repetida, em 1804, pelo francês Thouret. Contudo, parece que a técnica só passou a ser dominada a partir de 1870.

Como já foi observado no primeiro capítulo, esse conhecimento é produzido no contexto das sociedades da época e não deve ser encarado sob uma perspectiva de triunfo da técnica sobre o desconhecido. Certamente, o pudor e moral da época colaboraram com avanços e recuos para a compreensão desses temas.

Em 1895, temos a descoberta do raio X, utilizado para diagnosticar a gravidez e controlar o desenvolvimento do feto. Em 1956, estudos provaram o aumento da incidência de câncer, na criança, em decorrência do emprego do raio-X durante a gravidez. A aplicação de ultra-som teve início em torno de 1950, após a descoberta ligada ao uso de ultra-som para caracterizar os submarinos inimigos, durante a Primeira Guerra Mundial. Em 1953, Bunge e Sherman obtiveram a primeira gravidez com sêmen congelado, resultado que estimulou a criação do primeiro banco de sêmen, nos Estados Unidos, e a prática da inseminação artificial com sêmen de doadores. A fertilização *in vitro*, em animais, foi desenvolvida na década de 30 e, em seres humanos, na década de

⁷² Segundo Stolcke (1988), não é surpreendente que a primeira tentativa humana de inseminação artificial com êxito, tenha ocorrido há cerca de duzentos anos, dada a simplicidade da inseminação artificial, que consiste em depositar sêmen na vagina.

70⁷³. Para seu desenvolvimento, concorreu a introdução de fármacos de estimulação do ovário (Pizzini, 1992:31).

Infertilidade e Esterilidade

Considerando que as técnicas aplicadas à reprodução humana são direcionadas à superação da infertilidade e da esterilidade, é importante precisar essa situação. O termo esterilidade refere-se à absoluta e permanente incapacidade reprodutiva, do homem ou da mulher, e é uma definição aplicada pela demografia. Já os termos infertilidade ou infecundidade, usados como sinônimos pela literatura médica, indicam a incapacidade de conceber e de desenvolver uma gravidez, mas com uma acentuação relativa e temporânea (Pizzini, 1992; Pizzini e Lombardi, 1994). Assim, a prevalência de infertilidade varia conforme a região e o grupo humano considerado, havendo, por exemplo, maior incidência na África, em decorrência de alterações patológicas que afetam a saúde reprodutiva da mulher.

Na capacidade reprodutiva da mulher, o período de esterilidade, considerada fisiológica, corresponde à idade precedente à puberdade e aquela sucessiva à menopausa, aproximadamente, antes dos 12 anos e depois de 45-49 anos. Geralmente, refere-se como período fértil da mulher a idade entre 15 e 45-49 anos, cerca de 30 anos. Contudo, mesmo se considerarmos esse período, a fertilidade apresenta algumas variações, podendo ser mais baixa logo após a menarca (primeira menstruação) e sofrer decréscimo a partir dos 34 anos até a menopausa⁷⁴. O efeito biológico da idade sobre a fertilidade feminina pode

⁷³ Há discordâncias quanto a essa informação. Corea (1996:164) afirma que, em 1979, uma Comissão se reuniu, nos Estados Unidos, para avaliar os riscos e problemas em relação à pesquisa ligada à fertilização *in vitro*, e chegou à conclusão de que, realmente, houve pouca experiência feita em animais, no processo da pesquisa da fertilização *in vitro*, isto é, não houve um grupo de controle em animais. Essa fase esteve ausente durante toda a pesquisa. Assim, o primeiro primata produto da fertilização *in vitro* nasceu em 1983, cinco anos depois que um bebê já tinha nascido. Segundo a autora, os cientistas utilizaram esse tipo de experimento em mais mulheres para depois testá-lo nos animais.

⁷⁴ A mulher, possui cerca de quatrocentos mil óvulos na época da menarca que, passam a ser liberados mensalmente a cada ovulação. Com a idade, os óvulos envelhecem e podem tornar-se menos capazes de serem fertilizados. Há indicações de que, entre 36-40 anos, há um declínio da fertilidade (cerca de 30%), e

ser explicado pela tendência de que, com o avançar da idade, aumentem as chances da mulher contrair enfermidades que possam alterar seu potencial reprodutivo. Mas deve-se considerar também que o declínio esteja relacionado com a quantidade e a qualidade dos gametas. Após os 40 anos, também haveria maior chance de abortamento espontâneo (Brandi, Pina e Lopes, 1997:3).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de infertilidade se define como a situação de não concepção, depois de dois anos de relacionamento sexual sem uso de medidas contraceptivas. Há autores que consideram a definição da OMS pouco precisa, pois cerca de 16% da população obteria uma gravidez após mais de dois anos de tentativas (Wagner, 1994). Esse período sugerido - dois anos de espera - é considerado pequeno e limitado, pois haveria várias situações de sucesso na concepção, após períodos maiores, além de o impedimento para conceber não ser sempre e unicamente fisiológico. A infertilidade tratada como doença reflete um dos aspectos do processo de medicalização da reprodução, no qual se receitam e recomendam tratamentos. É a possibilidade de submeter o processo procriativo, extremamente complexo, a um controle racional⁷⁵. Outros afirmam que o período de um ano seria mais relevante, do

depois de 45 anos somente metade dos ciclos femininos são ovulatórios, ou seja, a mulher possuiria apenas metade dos períodos férteis que tinha quando jovem, reduzindo de forma considerável a possibilidade de gravidez. A partir desses períodos de idade, também seriam maiores os riscos da gravidez e do feto portar alguma alteração genética. Alguns observam que os óvulos envelhecem e isso poderia aumentar as chances de a mulher portar fetos com alterações genéticas; outros alegam que, com o tempo, os melhores óvulos já foram eliminados e, no final, tenderiam a ser eliminados os óvulos defeituosos. O declínio da fertilidade masculina é mais gradual. É igual ao da mulher aos 20 anos e diminui lentamente, até uns 10%, em torno dos 60 anos (Tognotti e Pinotti, 1997:15; Stoppard, 1990:32).

⁷⁵ Algumas ginecologistas sugerem que recomendar às mulheres que “não façam nada” é uma atitude terapêutica possível, embora freqüentemente negligenciada. Médicos envolvidos com as tecnologias em reprodução reconhecem a existência de esterilidades inexplicáveis, do ponto de vista da medicina, casos que denominam “esterilidades idiopáticas”, que duram às vezes muito tempo e cedem “milagrosamente” (Laborie, 1993:438). Spinelli refere-se ao papel desempenhado por várias clínicas que, ao receberem casais ansiosos após tentativas infrutíferas, colocam à sua disposição várias técnicas visando a concepção. Menciona, também, situações em que, após a desistência de técnicas reprodutivas utilizadas durante alguns anos sem sucesso, a mulher consegue engravidar (Spinelli, 1994). Na verdade, estamos falando em quanto tempo é possível tolerar um desejo insatisfeito de conceber, numa situação de infertilidade relativa ou temporária, em uma situação de franca oferta das técnicas. Alguns autores observam que muitos casais não sabem qual é a probabilidade mensal de gravidez em uma população normal ou desconhecem e não sabem identificar seu período fértil (Tognotti e Pinotti, 1997:79). Montgomery, em recente estudo com um grupo de cinquenta casais inférteis, verificou que, independente do nível sócio-cultural e do nível de informação, 65% dos casais não tinham qualquer conhecimento básico sobre fisiologia da reprodução e

ponto de vista estatístico e clínico, pois se considerarem a possibilidade mensal de ocorrência de gravidez, em 20% dos casais com fertilidade normal, a probabilidade, em 12 meses, será de 93%. Isso significa que, em 12 meses, a probabilidade de haver infertilidade conjugal e não ter ocorrido a gravidez é de 7% (Brandi, Pina e Lopes, 1997:2)⁷⁶.

Interessante observar que as definições mencionadas não fazem referência alguma a possíveis causas psicológicas da infertilidade, ou a outros fatores, não imediatamente fisiológicos. A idéia de que fatores subjetivos, não orgânicos, possam resultar em infertilidade temporária ou definitiva é excluída *a priori*. O encontro erótico entre o homem e a mulher e o processo de fecundação, situações repletas de complexidade, são traduzidas pelo discurso médico como doença. Essa doença - infertilidade - será o objeto próprio de estudo dos especialistas, separada, portanto, do indivíduo ao qual se refere. Nessa situação de atribuição de um diagnóstico ao casal que não consegue engravidar, dificilmente se interroga o contexto subjetivo da mulher e do homem ou, por exemplo, se sugere a consulta a um psicólogo ou psicanalista antes de considerar uma intervenção médica⁷⁷ (Mieli, 1996:3).

58% tinham idéia da vantagem das relações sexuais próximas às ovulações. Também constatou que quando se trata de infertilidade, é alto o índice de “*distúrbios de percepção, de pensamento e de discriminação lógica e criteriosa das expectativas*” em relação ao sucesso e ao insucesso ante os tratamentos (Montgomery, 1997:180).

⁷⁶ A definição da OMS, “de dois anos de exposição sem conceber” está apoiada em estudos epidemiológicos e a definição clínica comum de infertilidade e esterilidade refere-se a “um ano de relações sexuais regulares sem proteção”. É importante frisar que, com o desenvolvimento da tecnologia reprodutiva, os conceitos de infertilidade vem sendo revistos. A disponibilidade da técnica tem sido, na realidade da prática clínica, um importante fator para conduzir os casais à procura de uma solução, antes de esperar muito tempo pela sua obtenção apenas por meio de relações sexuais.

⁷⁷ Assim, por exemplo, nos serviços acompanhados, a profissional - psicóloga - está presente. Na clínica privada, ela costuma ser consultada para referendar a situação psicológica dos casais que pretendem submeter-se a algum procedimento em reprodução assistida. No serviço público, ela fornece apoio psicológico para aqueles e aquelas que, estando em tratamento, solicitam sua presença. No acompanhamento desse serviço, pude perceber que a profissional recebe muito pouca demanda dos profissionais médicos. A passagem pela psicóloga parece ser sugerida apenas quando a usuária revela descontrole ou chora durante a consulta. Como observado anteriormente, durante a realização das entrevistas nesse serviço, algumas usuárias choraram, outras agradeceram por poder desabafar com a pesquisadora, revelando toda a situação de tensão presente na busca pela gravidez através das técnicas reprodutivas conceptivas.

Do ponto de vista medico-epidemiológico, a prevalência da infertilidade é muito mal conhecida, sendo poucos os dados relativos à população em geral. De fato, boa parte dos dados recolhidos refere-se a estatísticas dos centros de fertilidade, e esses indicadores não levam em conta o percentual de casais que decidem não ter filhos, número que vem crescendo nas sociedades industrializadas. A taxa de infertilidade encontrada na população apresentaria uma variação de 5 a 8%, para países europeus. Na África, há locais que chegam a apresentar cerca de 30% da população em idade fértil, sem filhos. Em pesquisa realizada na Inglaterra, em 1988, com 1500 mulheres, com idade de 25 a 44 anos, 24% declararam não haver tido qualquer problema de fertilidade durante a própria vida. De fato, 3,3% apresentavam uma infertilidade primária (não conseguiam ter filhos) e 5,9% infertilidade secundária (tiveram um filho mas não conseguiam ter outro) (Spinelli, 1994)⁷⁸.

De acordo com uma pesquisa mundial, realizada em 1992-1993 e apresentada em relatório pela Organização Mundial de Saúde, entre 20 a 40 milhões de casais seriam incapazes de ter um filho (Corrêa, 1997:92), e aproximadamente de 8 a 10% dos casais sofreriam de algum problema de infertilidade durante sua vida reprodutiva, correspondendo a cerca de 50 a 80 milhões de pessoas (OMS, 1992:2). Chama a atenção a significativa margem de variação entre os extremos estimados pelas pesquisas: entre 20 e 80 milhões.

Entre as causas associadas à infertilidade feminina, podem-se referir: as infecções pélvicas e suas conseqüências, como fibroses e bloqueio de trompas, causas hormonais, distúrbios ovulatórios, endometriose⁷⁹, problemas de compatibilidade imunológica com o espermatozóide do parceiro e infertilidade ou esterilidade sem causa aparente. Dentre as

⁷⁸ Segundo a OMS, a esterilidade primária é a porcentagem de mulheres que nunca tiveram uma gravidez e estão submetidas ao risco de engravidar ao menos por dois anos. A esterilidade secundária é definida pela porcentagem de mulheres de 30 a 39 anos que tiveram pelo menos uma gravidez e estão expostas a esse risco, por mais de dois anos, sem conceber (OMS, 1992:3).

⁷⁹ Endometriose é uma doença na qual pedaços de endométrio (o tecido que reveste internamente o útero e que é eliminado durante a menstruação) crescem fora do útero. Esses implantes endometrióticos crescem a cada mês e não são eliminados pelo corpo, criando um processo inflamatório no tecido e podendo levar a aderências.

causas masculinas, temos os distúrbios na produção do sêmen (espermatozóides em pouco número ou de mobilidade deficiente, que dificultariam ou impossibilitariam a fecundação), problemas da função testicular e problemas sexuais, como dificuldade para atingir e manter as ereções. Pode-se dizer que o fator masculino e o fator feminino são responsáveis, cada um, por 40% dos casos de infertilidade, sendo os 20% restantes de origem combinada (Spinelli e Pediconi, 1994:33; OMS, 1994:6; Tognotti e Pinotti,1997:6).

Na análise da infertilidade feminina, é necessário também considerar a incapacidade de levar avante uma gravidez, denominada de abortamento habitual. Trata-se da perda de três ou mais gestações antes da vigésima oitava semana de gravidez. A probabilidade de uma perda gestacional precoce é estimada em 12 a 15%; se for uma terceira gravidez, após duas perdas consecutivas, a probabilidade está entre 17 e 35%, e com três ou mais perdas gestacionais até a vigésima oitava semana, a probabilidade de um abortamento espontâneo é estimada entre 25 e 46%. As causas relacionadas ao abortamento habitual são genéticas, infecções do trato reprodutivo, imunológicas e alterações da perfusão uterina. Para essas situações, são indicados o uso de tecnologias reprodutivas (estudo citogenético, exame do vilo corial ou amniocentese precoce), medicação e tratamento hormonal (Tognotti e Pinotti,1997:174).

Como observado anteriormente, a infertilidade pode variar segundo a região e a população considerada e, nesse sentido, a prevalência dos fatores que causariam a infertilidade é diferenciada. Contudo, pode-se dizer que, entre os fatores femininos, a inflamação pélvica é um dos principais responsáveis pela infertilidade, causando bloqueios e infecções tubárias. Os principais fatores relacionados à infecção pélvica são: doenças sexualmente transmissíveis (gonorréia, clamídia), doenças não transmitidas sexualmente (malária, toxoplasmose, tuberculose, esquistosomose), e práticas tradicionais relacionadas ao aparelho genital feminino, como circuncisão, infecções pós parto e infecções relacionados ao aborto (mais freqüentemente no caso de ilegais) (OMS, 1992:6; Spinelli e Pediconi, 1994:33). Se algumas causas da infertilidade não podem ser prevenidas, os

fatores apontados acima são quase todos passíveis de prevenção, através de um melhor atendimento ao parto, a descriminalização da prática do aborto, o diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas pélvicas, a educação sanitária para limitar a incidência de doenças sexualmente transmissíveis, a difusão de informação, a orientação sobre contracepção e o acesso a métodos contraceptivos. Há também os fatores relacionados ao meio ambiente, como exposição a substâncias tóxicas e aqueles decorrentes de alguns hábitos, como a prática excessiva de exercícios físicos, a corrida, por exemplo, que podem inibir a liberação de hormônios que regulam o ciclo menstrual. Assim, atletas podem apresentar situações de infertilidade, em geral reversíveis, com a diminuição da prática esportiva.

No caso masculino, os distúrbios na produção de espermatozoides são os principais fatores de infertilidade, sendo menos comuns os problemas sexuais que bloqueiam a saída do sêmen. Outros fatores também são considerados, caso do álcool, fumo, exposição a substâncias tóxicas (chumbo e pesticidas) e radiação, que podem influir na produção de testosterona.

De acordo com levantamento realizado, no Setor de Esterilidade Conjugal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sobre os agentes causais da esterilidade, excluídas as causas combinadas, 20% referem-se a fator masculino, 49% a fator tubo-peritoneal, 15% a fator endócrino, 8% a fator uterino corporal, 5% a fator cervical e 3% a esterilidade sem causa aparente (Tognotti e Pinotti, 1997:6).

Estudo realizado pela OMS, em mulheres da África ao Sul do Sahara e de países desenvolvidos, em 1985, sobre distribuição de causas específicas de esterilidade, apresenta as seguintes prevalências:

Tabela 1

Distribuição das Causas Específicas de Esterilidade Mais Comuns nas Mulheres da África ao Sul do Sahara

Causa Específica	%
1.Obstrução Tubária Bilateral	41,9
2.Distúrbios Ovulatórios	17,9
3.Nenhuma Causa Aparente	13,7
4.Aderências Pelvianas	11,1
5.Anomalias Tubárias Adquiridas	10,3
6.Hiperprolactinemia ⁸⁰	4,3
7.Endometriose	0,9

Fonte: Extraído de OMS - **Adelantos Recientes en Materia de Concepcion con Ayuda Medica: Informe de un Grupo Cientifico de la OMS. Serie de Informes Técnicos (820)**. OMS. Spain, 1997, p.4.

⁸⁰ Hiperprolactinemia refere-se a mulheres que apresentam alterações ovulatórias ligadas essencialmente a elevados níveis de prolactina (hormônio), cuja origem pode ser neoplásica (tumor maligno ou benigno) ou funcional (estresse, drogas) (Tognotti e Pinotti,1997:77).

Tabela 2

Distribuição das Causas Específicas de Esterilidade Mais Comuns nas Mulheres em Países Desenvolvidos

Causas Específicas	%
1.Nenhuma Causa Aparente	28,6
2.Distúrbios Ovulatórios	24,8
3.Aderências Pelvianas	12,4
4.Anomalias Tubárias Adquiridas	11,2
5.Obstrução Tubária Bilateral	10,6
6.Hiperprolactinemia	6,7
7.Endometriose	5,7

Fonte: Fonte: Extraído de OMS - **Adelantos Recientes en Materia de Concepcion con Ayuda Medica: Informe de un Grupo Cientifico de la OMS. Serie de Informes Técnicos (820)**. OMS. Spain, 1997, p.4.

Esses dados permitem considerar o peso diferenciado de fatores relacionados a causas infecciosas. A taxa de obstrução tubária, por exemplo, na África, ao Sul do Saara, foi três vezes maior daquela observada em países desenvolvidos. Interessante observar que “nenhuma causa aparente” é a principal referência em países desenvolvidos, onde os sistemas de saúde são mais eficazes em diagnosticar e tratar doenças infecciosas pélvicas, enquanto aparece em terceiro lugar entre os países africanos talvez, pelo fato de, nesses países, grande parte dos fatores associados à infertilidade ser decorrente do tipo de atenção à saúde recebido pela população feminina.

Esses dados confirmam a proposição apresentada no capítulo anterior, de que uma parte considerável das infertilidades deriva do tipo de atendimento à saúde facultado à população feminina e do uso abusivo de tecnologias reprodutivas (contracepção mal orientada, excesso de partos cesáreos e esterilização cirúrgica), ou seja, é construída

socialmente, havendo uma menor participação dos fatores congênitos. Essa situação pode indicar, a nosso ver, uma tendência de aumento na demanda por essas tecnologias.

Ademais, a maior participação da mulher no mercado de trabalho, além da possibilidade de poder definir o momento oportuno de uma gravidez, tem levado muitas mulheres a adiarem o projeto de maternidade⁸¹. Essa situação pode implicar maiores problemas na hora de conceber, devido à queda da fecundidade da mulher, com a idade, e ao efeito do uso de contraceptivos, por longo tempo, que podem acarretar estados mais ou menos duradouros de infertilidade, e estaria estimulando um encurtamento progressivo do tempo de espera de obtenção de gravidez através de relações sexuais, aumentando a demanda de tecnologias reprodutivas conceptivas.

Nos países desenvolvidos, onde essas tecnologias são produzidas, a procriação se realiza mais tarde e os fatores apontados acima estão presentes, de forma mais acentuada. Nesses países, estaria havendo uma verdadeira “corrida” por essa tecnologia, no intuito de corrigir a biologia, visando adequá-la às mudanças verificadas nas práticas reprodutivas (Corrêa, 1997:94).

Spinelli (1994) observa que uma avaliação correta da fertilidade de uma população precisa considerar não só os aspectos fisiológicos, mas também uma complexidade de fatores sociais e culturais - inserção na vida profissional, idade, tempo de relacionamento e casamento, uso de métodos contraceptivos, tipo de vida (dieta, prática de exercícios físicos, fumo e uso de álcool) e fatores ambientais. Esses fatores podem aumentar o risco de infertilidade e variam segundo as diferentes populações. É importante considerar também que, em demografia, a infertilidade é mensurada como ausência de filhos ou ausência de nascidos vivos naquelas mulheres consideradas fecundas. Essa mensuração não considera aquelas mulheres ou casais que decidem não ter filhos.

⁸¹ Brandi, referindo-se a estudo da American Society for Reproductive Medicine, revela que pelo menos 20% das mulheres esperam para ter filhos após os 35 anos (Brandi, Pina e Lopes, 1997:3).

Vale destacar que as definições sobre infertilidade são pouco precisas, tanto na perspectiva do campo médico quanto no das ciências sociais⁸². Assim, muitas vezes a infertilidade é atribuída a várias causas. Como mencionado em estudo da OMS,

Se por um lado é possível assinalar vários fatores que podem contribuir para a esterilidade de um casal depois de uma investigação profunda e ampla de ambos os integrantes do mesmo, em geral é difícil atribuir a esterilidade a um só fator e, por fim, identificar claramente uma causa de esterilidade. (grifado no original) (OMS, 1992:2).

Contudo, as tecnologias reprodutivas conceptivas vêm se inserindo, de maneira intensa e diversificada, numa série de situações, apresentando um desempenho muito baixo na solução dos problemas que propõem solucionar. Deve-se observar que não existe uma cura para a infertilidade. As técnicas se configuram como uma forma de contornar a infertilidade, de maneira pontual e localizada no tempo.

Desconhece-se como a infertilidade teria variado historicamente, apesar de hoje, serem mais frequentes os estudos a indicar uma tendência da população mundial à baixa fertilidade. Há estudos que apontam para uma queda histórica no número de espermatozoides, decorrentes de fatores químicos e ambientais. Também temos verificado que aumentam as referências, na literatura e imprensa, sobre uma suposta queda nas

⁸² As definições de infertilidade são importantes para a saúde pública, já que permitem determinar a causa do problema e indicar seu manejo clínico e social. Assim, por exemplo, a definição de infertilidade primária e secundária. Se encontramos uma comunidade com altos níveis de infertilidade secundária, pode-se supor que as infecções pós-parto e pós-aborto são as causas mais prováveis. Já quando se detectam altos níveis de infertilidade primária e secundária, as doenças sexualmente transmissíveis podem ser as causas principais.

relações sexuais fecundantes, entre as pessoas normais, da ordem de 25%⁸³. Tais considerações, na verdade, tendem a aproximar as situações naturais de reprodução daquelas medicamente assistidas, valorizadas como “auxiliares” na concepção.

Pode-se mencionar que o desenvolvimento das tecnologias reprodutivas conceptivas acarretou uma maior visibilidade para a questão da infertilidade. No entanto, a despeito de vários fatores relacionados à infertilidade serem conhecidos e evitáveis, muito pouco, ou quase nada, tem sido feito no sentido de sua prevenção.

As Técnicas de Reprodução Assistida

As técnicas médicas denominadas de reprodução assistida tiveram uma sensível ampliação, nas últimas décadas. Desenvolvidas, inicialmente, para “*vencer as barreiras que evitam o encontro dos espermatozoides com os ovúlos em casais estéreis*” têm sido aplicadas em uma série de outras situações (OMS, 1992:7). Para efeito de apresentação, as técnicas podem ser divididas, em dois grandes grupos constituídos por, técnicas utilizadas para proporcionar a fecundação dentro do corpo feminino ou fora dele. No caso das primeiras técnicas, ocorre a transferência de gametas para o corpo da mulher, no caso das segundas, é feita a transferência de embriões⁸⁴ para o útero ou trompas. Outras técnicas, denominadas coadjuvantes a esses dois grupos, somam-se a essas.

⁸³ As estimativas de chance de gravidez em relação a cada ciclo menstrual são inferências teóricas estabelecidas a partir do surgimento das técnicas de fertilização *in vitro* e relacionam o número de ciclos de tentativas a determinado percentual de sucesso mensal, seja em ciclos espontâneos ou em qualquer tipo de tratamento (Tognotti e Pinotti, 1997:2).

⁸⁴ As tecnologias reprodutivas conceptivas criaram uma nova denominação para o embrião. É considerado pré-embrião aquele que possui até 14 dias pós-fertilização. Dessa definição irão resultar limites específicos para a intervenção, diagnósticos, avaliação de viabilidade ou detecção de doenças hereditárias, segundo normatização e legislação específica de cada país. No Brasil, as normas do Conselho Federal de Medicina, para utilização das técnicas de reprodução assistida, determinam em 14 dias o tempo máximo de desenvolvimento “*in vitro*” de pré-embriões (CFM, 1994).

Inseminação Artificial

No primeiro grupo incluem-se as técnicas denominadas de inseminação artificial. Substituindo a ocorrência da relação sexual, permitem a transferência de sêmen para o aparelho genital feminino, realizada pelo médico. O sêmen pode ser depositado na vagina, no colo do útero ou dentro do útero. Essa técnica foi desenvolvida no intuito de superar problemas de casais quando um fator masculino (impotência na relação sexual, baixa contagem ou mobilidade de espermatozoides, retroejaculação) impedia a concepção. A inseminação artificial pode ser realizada com sêmen fresco ou congelado.

Considerando a origem do material utilizado, a técnica pode ser dividida em dois tipos. Fala-se em **inseminação artificial com sêmen do marido (IASM ou IAM)** e **inseminação artificial com sêmen de doador (IASD ou IAD)**. Alguns autores referem-se ao termos “homóloga”, para o caso de sêmen do próprio marido, e “heteróloga” no caso do sêmen ser doado. Esses termos, entretanto, não são apropriados, se considerarmos que, em ambos os casos, o material utilizado é de uma mesma espécie animal e esses termos fazem referência a espécies diferentes de animais (Tognotti e Pinotti, 1997:120, e Donadio, 1997-entrevista à pesquisadora).

O congelamento de sêmen⁸⁵, técnica complementar à inseminação artificial, veio proporcionar a possibilidade de armazenamento do material e sua utilização em uma série de situações em que o sêmen fresco não se aplicava. Essa descoberta permitiu a organização da prática de doação de sêmen através de bancos de sêmen, em que ele é coletado através de processo masturbatório, testado (checagem para verificar a presença de doenças sexualmente transmissíveis e síndrome de imunodeficiência adquirida/AIDS), preparado (retirada do fluido seminal e de bactérias, para que, ao final do processo, se

⁸⁵ Atualmente, somente sêmen e embriões podem ser congelados. Os óvulos ainda não são congeláveis, por apresentarem resultados insatisfatórios no processo de descongelamento.

apresentem os de melhor morfologia e maior capacidade migratória), e armazenado, através de congelamento, por um período mínimo de seis meses, quando o doador é submetido a uma nova bateria de exames⁸⁶.

A utilização de sêmen de doador é feita nas situações em que a esterilidade por fator masculino impede a fecundação, nos seguintes casos: fator Rh, vasectomia não passível de correção cirúrgica, doenças hereditárias ou genéticas, tratamento recente de quimioterapia, radioterapia, infecção genital aguda e alteração seminal severa.

Além do tratamento de infertilidades ligadas ao fator masculino, a inseminação com doador é utilizada, atualmente, como suplemento à ausência ou falta do fator masculino na concepção, no intuito de atender à demanda de mulheres solteiras e homossexuais.

A possibilidade de congelamento de sêmen abriu a porta para a pesquisa não diretamente relacionada à infertilidade. Com o desenvolvimento da medicina preditiva, é possível identificar genes ou cromossomos associados a doenças hereditárias, antes da ocorrência da fecundação. No entanto, esses exames são ainda muito caros e encontram-se em fase inicial ou experimental.

⁸⁶ Os doadores de sêmen devem se submeter a uma bateria de exames e preencher questionários com uma série de informações pessoais, no intuito de fornecer elementos que possibilitem uma compatibilização com o casal ou mulher receptora. Pesquisa patrocinada pelo Congresso americano revela que a grande maioria dos médicos que utilizam inseminação artificial lança mão de procedimentos de compatibilização, geralmente, a pedido do casal. Assim, 79% declaram buscar compatibilização segundo raça, tipo sanguíneo e fator Rh, 94%, segundo cor dos olhos, 90%, segundo altura, 83%, segundo peso, 81%, segundo textura do cabelo, 84%, segundo origem nacional e étnica, 66%, segundo instrução, e 57%, segundo QI (Salem, 1995). No Brasil, a norma no. 1358/92, do Conselho Federal de Medicina, que trata das técnicas de reprodução assistida, define, entre outros, os seguintes pontos: 1) a doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial; 2) os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa; 3) em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador; 4) na região de localização da unidade, o registro das gestações evitará que um doador tenha produzido mais que duas gestações, de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes; 5) a escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade. Dentro do possível, deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora (CFM, 1992).

Fertilização *in vitro*

As técnicas utilizadas para proporcionar a fecundação fora do corpo feminino recebem o nome de fertilização *in vitro*, FIV ou FIVETE (fertilização *in vitro* com transferência de embriões). Estabelecidas originariamente para responder às infertilidades femininas associadas ao fator tubário (trompas), quando o homem e a mulher eram férteis, produtores de células sexuais, mas a fecundação não poderia ocorrer, por uma disfunção na trompa de Falópio - local de encontro dos gametas - devido a aderências ou obstrução em uma ou nas duas trompas, essas técnicas são, hoje, empregadas numa série de outras situações.

A primeira fertilização humana *in vitro* bem sucedida ocorreu em 1976, pelos médicos Steptoe e Edwards, apesar de ter ocorrido gestação tubária. Em 1978, os mesmos profissionais foram responsáveis pelo nascimento de Louise Brown, o primeiro “bebê de proveta”, na Inglaterra. Em 1983, na Austrália, ocorreu a primeira fecundação *in vitro* com óvulo de doadora e, no ano seguinte, o nascimento por meio de embrião congelado; em 1985, ocorreu o primeiro nascimento de um menino com sexo predeterminado, nos Estados Unidos (Pizzini, 1992).

Tabela 3

Número de Bebês de Proveta e Data dos Primeiros Nascimentos, por País - 1986

País	Bebês de Proveta	Ano do Primeiro Nascimento
Grã-Bretanha	+ 200	1978
França	100-200	1978
Austrália	+ 2000	1978
Estados Unidos	180	1980
Alemanha Ocidental	130	1982
Brasil	2-3	1982
Japão	20-30	1982
Dinamarca	1	1982
Suíça	2	1982/3
Suécia	8	1982/3
Noruega	20	1983
Israel	6-8	1983

Fonte: J.SEAGER e A.OLSON, ATLAS - As mulheres do mundo. Nova Iorque, 1986.
Extraído de Stolke (1988:99).

Apesar de terem se passado mais de dez anos da publicação desses dados e, certamente, haver defasagem quanto ao número de bebês nascidos, os dados são indicativos da disseminação das técnicas, em diversos países, e do momento, quase simultâneo, dos primeiros nascimentos de bebês de proveta.

Nas técnicas de fertilização *in vitro*, o encontro dos gametas (feminino e masculino) ocorrem fora do corpo feminino, num laboratório, a partir de células reprodutivas, retiradas do próprio homem e da mulher ou obtidas através de doação de

terceiros. Após a fecundação *in vitro* e intervalo de 50 a 70 horas, o embrião ou embriões formados são transferidos para o útero.

As técnicas de fertilização *in vitro* são as que têm recebido mais inovações. Algumas inovações ocorrem no âmbito do local para onde o embrião ou células reprodutivas são transferidos. Fala-se em ZIFT (Zygote Intra-Fallopian Transfer), quando óvulos e espermatozóides interagem em meio de cultura no laboratório e, após serem fertilizados (havendo um intervalo de aproximadamente 24 horas após a captura dos gametas), são depositados nas trompas. Se os gametas interagirem no meio de cultura por mais de 24 horas antes da transferência e, portanto, apresentarem mais divisões celulares, o procedimento é denominado de TET (Tubal Embryo Transfer). Além disso, pode-se realizar a transferência de gametas para as trompas, através da obtenção de óvulos e espermatozóides que são tratados *in vitro*, sem que haja fecundação. Em geral, são transferidos dois ou três ovócitos por trompa e, nesse caso, a técnica denomina-se GIFT (Gamets Intra-Fallopian Transfer). Nas técnicas denominadas ZIFT e TET, há manipulação de embriões, enquanto, na GIFT, somente gametas são manipulados. Essas variações da técnica foram sendo estabelecidas no intuito de aumentar a implantação dos embriões, melhorando as taxas de êxito da Fiv⁸⁷.

Há variações da fertilização *in vitro*, que ocorrem através da manipulação das células reprodutivas e são chamadas microtécnicas ou micromanipulações. Essas técnicas buscam facilitar a aproximação entre os gametas ou ultrapassar fenômenos naturais que ocorrem antes da fecundação propriamente dita (Donadio e Donadio, 1997:141).

Pode-se promover a “limpeza” de óvulos em laboratório (desnudá-los dentro das placas de cultura), retirando células que os envolvem para facilitar a aproximação dos espermatozóides. Essa técnica é conhecida como micro-inseminação *in vitro* e é feita em associação com a FIV, ZIFT ou TET. A mais conhecida dessas micromanipulações é a ICSI (Intracytoplasmatic Sperm Injection), cujo primeiro êxito em termos de nascimento

⁸⁷ Todas essas técnicas (ZIFT, GIFT, TET) são chamadas de FIV e visam obter bebês de proveta.

ocorreu em 1992. A ICSI consiste na injeção de um único espermatozóide dentro do óvulo (desnudado artificialmente), através de micromanipuladores.

Essa técnica permitiu mudanças substantivas, nos casos de infertilidade decorrentes de fator masculino, já que a maior parte desses casos é devida a uma redução no número ou motilidade dos espermatozóides. Assim, com a introdução direta de um único espermatozóide dentro do óvulo, é possível um maior aproveitamento dos gametas do próprio casal, fazendo com que se prescindia do recurso ao sêmen doado. A técnica possibilitou também contornar situações, como nos casos de ausência de espermatozóides no sêmen ejaculado, já que tornou possível sua obtenção diretamente dos canais deferentes, ou mesmo dos testículos, através de procedimentos de microcirurgia.

Se a obstrução tubária foi o elemento inicial para o desenvolvimento dessas técnicas de fertilização *in vitro*, hoje, elas são empregadas em outras situações como: alterações da função ovariana, esterilidades sem causa aparente, causas imunológicas, ou mesmo quando não ocorre a identificação de uma causa. Muitas vezes, após uma indicação médica para utilização de inseminação artificial, sem obtenção de resultados positivos, o casal é encaminhado para a realização de FIV.

No serviço acompanhado pela pesquisa (Pérola Byington), as usuárias que não apresentam problemas de obstrução tubária são, geralmente, encaminhadas para a inseminação artificial. No caso, realizam-se cerca de até quatro inseminações artificiais (esse número está relacionado também com a idade da usuária). Caso não haja sucesso, elas são “promovidas” para o procedimento de fertilização *in vitro*. Falo em promoção, pois é assim que as usuárias percebem o processo. Quando a inseminação não é bem sucedida, querem logo ir “para o bebê de proveta”, por acreditarem que este, sim, dará resultado. Vale destacar que ambos os procedimentos são realizados a partir da utilização de medicamentos de estimulação da ovulação. Ou seja, até o procedimento mais simples, a inseminação artificial, é acompanhado dos riscos e efeitos decorrentes da introdução dos fármacos de estimulação ovariana. No caso de clínicas particulares, geralmente, os

procedimentos são diferenciados. As usuárias são, muitas vezes, encaminhadas para procedimentos mais custosos e de maior risco (FIV). Há profissionais que preconizam a adoção seletiva das indicações, partindo-se dos procedimentos mais simples (coito programado, inseminação artificial) para os mais complexos (FIV), ancorados no diagnóstico do casal e na idade da mulher. Há outros que alegam que, quando chega ao serviço, o sofrimento do casal já é muito grande e procedimentos mais simples e de menor custo podem não ter resultados positivos e acarretar mais gasto ao casal (ter que repetir mais de uma vez), sendo indicado “partir logo para o bebê de proveta”.

Técnicas Complementares

Além das técnicas descritas acima, existem outras que lhes são complementares e envolvem a troca de material reprodutivo e a estimulação da ovulação. Trata-se da doação de óvulos, espermatozoides, embriões, empréstimo do útero, congelamento de embriões e a indução da ovulação.

Dessas técnicas, a doação de sêmen é a mais antiga, tendo sido aplicada em outra situação que não a reprodução assistida. Há registros que datam do século XIX e, como observa Corrêa (1997:80), pelo fato de poder ser realizada mesmo fora da prática médica, devido à sua simplicidade (ato masturbatório por parte do homem seguido de injeção do sêmen na vagina da mulher), fica difícil precisar o momento de início dessa prática, no campo médico.

Já a doação de óvulos, para sua coleta, envolve procedimentos medicalizados complexos. O primeiro registro médico de nascimento de um bebê, a partir de óvulo doado, ocorreu em 1983 e, em 1984, a primeira doação de embriões (OMS, 1992:8). A retirada de óvulos, doados ou não, em um ciclo natural (sem estímulo), é feita mediante a monitoração via ultra-som para a verificação da elevação de hormônios vinculados à liberação do óvulo, para que o momento exato para a sua aspiração seja estabelecido. O

procedimento utilizado para a obtenção do óvulo era a laparoscopia. A partir de 1984, com a maior precisão no uso do ultra-som, a punção (aspiração) do óvulo passou a ser feita pela parede vaginal, através do uso de uma agulha, com analsegia local ou geral, de curta duração.

O nascimento do primeiro bebê de proveta ocorreu em um ciclo espontâneo, sem uso de fármacos visando a obtenção de um maior número de óvulos, apesar desses ciclos já serem utilizados àquela época. Pelo fato de o ciclo natural proporcionar somente um óvulo maduro por mês, e devido aos inconvenientes de acompanhar a curtos intervalos de tempo o momento preciso da ovulação, que poderia ocorrer em momentos inoportunos para a equipe médica e para os técnicos do laboratório, além do interesse das indústrias farmacêuticas na adoção de seus produtos, atualmente todos os procedimentos utilizam de ciclos estimulados.

A utilização de estimulação para a produção de vários óvulos (produção de vários folículos ovarianos) de uma única vez é um poderoso impulso para o desenvolvimento do congelamento de embriões⁸⁸, já que não é tecnicamente possível congelar óvulos. Os óvulos gerados em excesso devem ser fecundados, e guardados na forma de embriões congelados. O tratamento, ao gerar oito, nove oócitos, propicia a sobra de embriões, já que só se transfere parte desses embriões. De acordo com as Normas do Conselho Federal de Medicina, de 1992, só é permitido ao médico transferir até quatro embriões por ciclo, visando a diminuição do risco de gestação múltipla. Apesar dessa orientação, não é rara a transferência de mais de quatro embriões. Nosso estudo empírico ouviu, de mais de uma usuária, o relato da transferência de cinco ou seis embriões num mesmo ciclo.

⁸⁸ Os embriões são, em geral, congelados quando se encontram no estágio de 2 a 8 células, cerca de três dias após a fecundação. Após o descongelamento, segundo Tognotti e Pinotti (1997:154), 60% dos embriões (pré-embriões) são viáveis para a transferência. No entanto, de acordo com Franco Júnior (1994: 199), autor do **Primeiro Registro Brasileiro sobre uso das Técnicas de Reprodução Assistida**, o número de transferências embrionárias pós-descongelamento é muito pequeno no Brasil. De 46 transferências de embriões descongelados, realizadas em 1992, em sete centros de reprodução assistida, só ocorreram duas gestações, que resultaram em um aborto e um parto.

Antes do uso da estimulação ovariana e do congelamento de embriões, já era possível congelar o sêmen, visando esperar um momento adequado para sua utilização. A crio-preservação tornou possível adiar a transferência de gametas e embriões para uma ocasião mais apropriada⁸⁹. O primeiro nascimento de um bebê a partir de embrião (des)congelado ocorreu na Austrália, em 1984 (OMS, 1992).

A doação de óvulos pode ser realizada nos casos de insuficiência ovariana, insuficiência ovariana prematura devido à quimio ou radioterapia, remoção cirúrgica dos ovários, menopausa precoce e risco elevado de transmissão de doença genética. Em Brasília, os serviços do Hospital Materno-Infantil e do Centro de Endoscopia e Assistência à Fertilidade/Cenafert, em parceria, realizam um programa de doação compartilhada de óvulos. Nele, uma mulher (receptora), com indicação para recepção de óvulos (usuária da clínica privada), doa a medicação para hiperestimulação ovariana a uma usuária (doadora) em atendimento no serviço público, sem recursos para aquisição da medicação, mas portadora de infertilidade e com indicação para realização de fertilização *in vitro* (Lopes, 1998). A doadora doa metade dos seus óvulos para que sejam inseminados com os espermatozóides do marido da receptora. A outra metade é inseminada com os espermatozóides do marido da doadora⁹⁰.

A doação de material reprodutivo (óvulos e espermatozóides) está associada a seu caráter anônimo. O segredo do recurso a essa prática é um aspecto fundamental de sua caracterização pelo campo médico. Salem (1995) chama a atenção para essa norma quase universalmente adotada, no âmbito das tecnologias conceptivas: o princípio do anonimato do doador. Segundo essa regra, o doador não pode conhecer a identidade do casal receptor, nem este a do doador. O único participante dessa rede que poderia “juntar as partes” é o intermediário do processo: o médico. A proteção do doador é uma das

⁸⁹ Alguns profissionais de Reprodução Assistida chegam, inclusive, a sugerir que as mulheres poderiam utilizar-se dessa técnica caso pretendam adiar por longo tempo o momento da reprodução, ou seja, seriam produzidos e congelados vários embriões, que ficariam à espera da melhor ocasião para serem transferidos. Certamente, no momento que o congelamento de óvulos apresentar resultados satisfatórios, haverá ampla publicidade voltada para esse aspecto.

⁹⁰ Esse programa será abordado em detalhes, no próximo capítulo.

principais justificativas em defesa do anonimato. Em termos modelares, o doador confia seu sêmen a um banco que, por sua vez, o distribui a casais solicitantes, geralmente por intermédio de um médico⁹¹. É significativo, seu papel no processo, já que fixa os critérios da clientela apta à doação e estabelece a política de doação: recrutamento, seleção e exames dos doadores. Outro papel fundamental é o de compatibilizar as características do doador com as do casal demandante.

No entanto, a questão da obrigatoriedade do princípio do anonimato e do segredo, no caso da doação de material genético, ainda não está encerrada. Apesar de haver uma tendência internacional garantindo o princípio do anonimato, manifesta nas normas e leis referentes à reprodução assistida, há correntes que defendem a revelação da identidade dos doadores.

Aqueles que defendem o anonimato se pautam na necessidade de preservação do doador, diante de situações constrangedoras, como o eventual pedido de pensão pelas mães, sujeitos procurando seus “verdadeiros pais”, ou para proteção de suas próprias famílias. Para o casal infértil, o anonimato também representaria benefícios, já que resguarda a situação de infertilidade do marido e protege a mulher da idéia de adultério. Para os que defendem o fim do anonimato, a criança é a grande bandeira. Eles afirmam o direito de a criança vir a conhecer “suas verdadeiras” origens quando da maioridade.

Chama a atenção o fato de o princípio do anonimato estar presente em outras situações alternativas à reprodução humana como, por exemplo, a adoção de crianças. Assim, no caso de adoção de crianças em camadas médias brasileiras, a presença de uma mediadora, entre o casal que busca a criança e a mulher que a cede, afirma-se como um procedimento destinado a garantir transações de cunho anônimo (Costa, 1988). De fato, o que está em jogo, nas situações referentes ao anonimato, são valores sociais mais amplos,

⁹¹ O pagamento da doação em dinheiro é corrente em muitos países, sendo visto como um estímulo para o aumento da oferta de doadores. Entretanto, há serviços que estipulam a doação gratuita como um princípio ético. Essas duas modalidades estão diretamente ligadas ao anonimato. Os que estabelecem o

relativos ao modo de compreender o papel do biológico e da natureza em relação à cultura.

A doação de embriões é referida nos casos de infertilidade do homem e da mulher, contínuas perdas gestacionais nas primeiras etapas e contínuas falhas na concepção com ajuda médica. Tanto a doação de óvulos como a de embriões é cercada de questões jurídicas, éticas e sociais. Segundo a OMS (1992:66), somente dez países permitem a doação de embriões. O procedimento de doação de embriões tornou-se possível com a produção de vários embriões, em decorrência da hiperestimulação ovariana. A estimulação permite o amadurecimento de muitos folículos, sua fecundação, e o posterior congelamento daqueles não transferidos para o útero da paciente. As clínicas mantêm os embriões congelados em seu poder e, em geral, o casal, paga uma taxa anual, visando a manutenção desse material genético. Essa situação também colocou um dilema, para os casais que se submetem a essas técnicas a fim de obter um bebê: já que muitos países não permitem o uso desses embriões para pesquisa, ou mesmo a sua destruição, o material permanece à espera de uma definição do casal sobre usá-lo para obter uma nova gestação ou doá-lo para outros. Os profissionais médicos envolvidos relatam ser frequente que, os casais “sumam”, após a obtenção da tão sonhada gestação, sem definir a situação de seus embriões⁹². Recentemente, na Inglaterra, clínicas de reprodução assistida chamaram atenção para a questão, ao definir um prazo para a destruição de embriões que estão congelados há muito tempo. Muitos foram esquecidos pelos “seus donos” e há também casos de morte de um dos cônjuges ou de ambos. Muitos casais se manifestaram, querendo “adotar” tais embriões, situação seguida também pela igreja católica.

No caso de empréstimo de útero, conhecido também como barriga de aluguel, mãe substituta ou útero de aluguel, uma mulher que não possua útero ou apresente problemas

pagamento defendem essa atitude como forma de caracterizar uma relação comercial e, portanto, impessoal. Já a doação gratuita objetiva enfatizar o gesto altruísta moralmente idealizado.

⁹² De acordo com os dados do registro nacional francês, de 1994, 7004 embriões, pertencentes a 1482 casais teriam sido congelados. Destes, somente 460 casais definiram o futuro dos seus embriões: 39% pela destruição simples ou doação para pesquisa, 32% doação para outro casal, além de demandas

para levar adiante uma gravidez se utilizaria da capacidade de gestação de uma outra mulher. Esse talvez seja um dos procedimentos mais polêmicos de reprodução assistida, que mais desperta o interesse da mídia, tendo sido, inclusive, em 1990, objeto de novela intitulada “Barriga de Aluguel”, apresentada numa das maiores redes de televisão do país, quando as técnicas de reprodução assistida ainda estavam sendo introduzidas no Brasil.

A gestação, nesse caso, pode ser obtida através de três maneiras: pela transferência do embrião do próprio casal demandante ao útero substituto; por meio de inseminação artificial com introdução de gametas do casal, no útero substituto; ou pode ser fruto da utilização de gametas doados que, posteriormente, são transferidos para o útero substituto. Nesse último caso, a criança teria pais genéticos anônimos e diferentes de seus pais sociais.

O procedimento de empréstimo de útero encontra várias restrições em legislações internacionais. Vários países proíbem a técnica e há sérias restrições, nos casos em que é permitida. Em alguns estados norte-americanos, não só a técnica é permitida, como há um verdadeiro mercado desenvolvido prevendo a sua remuneração, que pode girar em torno de US\$ 50.000,00 (Cinquenta mil dólares), segundo matéria publicada na revista Bazaar, em agosto de 1997⁹³. Nesse estados, são realizados contratos entre as partes, com advogados e agências responsáveis por contatar as partes interessadas, havendo inclusive

relacionadas à separação do casal (57 casais) ou mesmo morte de um dos parceiros (11 casais) (Corrêa, 1997:117).

⁹³ Em levantamento realizado na rede mundial de computadores - Internet -, foi possível localizar vários endereços relacionados às tecnologias reprodutivas conceptivas. Há *sites* das indústrias farmacêuticas, com explicações sobre os produtos e as técnicas de reprodução assistida, artigos médicos sobre infertilidade e tratamentos e, também, endereços destinados a tirar dúvidas sobre as técnicas e fornecer apoio a casais e mulheres, inclusive com a possibilidade de o interessado se associar a uma rede de casais em tratamento ou escolher o médico ou clínica em qualquer lugar do país, através de anúncios publicitários. Localizamos também endereços voltados a doadores de material genético, membros da comunidade judaica e empréstimo de útero. Nesse caso, é possível consultar listas com mulheres candidatas a serem mães substitutas, obter informações sobre suas características (idade, altura, peso, cor, nacionalidade, etnia) e, também, inserir o seu próprio anúncio, se desejar. Os anúncios (também para doadoras de óvulos) contêm informações como endereço, cor do cabelo, cor dos olhos e raça, sendo possível também inserir a foto, pagando uma taxa adicional. No momento de nossa consulta, estava havendo uma promoção no preço do classificado, US\$ 50,00 (cinquenta dólares por três meses de publicação do anúncio), “O que você está esperando?” perguntava o anúncio, “aceitamos Visa e Mastercard”.

cláusulas relacionadas à responsabilidade pela criança, no caso desta vir a ser portadora de alguma anomalia (Zipper e Sevenhuijsen, 1987:118). Em geral, as mães substitutas são latinas.

Diferentemente do anonimato, em regra buscado, no caso da doação de sêmen ou óvulos, o empréstimo de útero costuma promover o encontro das partes bem como, além disso, propor que a transação seja realizada entre membros da família da mulher. Assim, a resolução brasileira (CFM, 1992:183) prevê que *“as doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau, sendo os demais sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina”* e *“a doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial”*.

As Indicações para a Reprodução Assistida

Apresentadas os principais procedimentos que compõem as tecnologias reprodutivas, é importante considerá-los como um processo ao qual as mulheres e casais se submetem visando a aquisição de bebês, por vias não convencionais.

A partir do momento em que a mulher ou o casal procura um serviço voltado ao tratamento da infertilidade, vários procedimentos e etapas são agendados. Os passos descritos a seguir estão baseados nos protocolos de atendimento dos dois serviços que fazem parte do estudo empírico, no acompanhamento feito pela pesquisadora em um deles (Pérola Byington), nas entrevistas com profissionais médicos, realizadas pela pesquisadora, e também se apóiam em literatura médica e não médica.

Na primeira consulta realizada pelo casal no serviço/clínica, é feito um exame geral (físico e ginecológico), com questionamentos sobre alguma gravidez, aborto e intercorrências cirúrgicas ou infecciosas relacionadas a esses eventos, antecedentes menstruais, fecundidade familiar, doenças próprias da infância (rubéola), doenças

sexualmente transmissíveis, cirurgias prévias abdominais e pélvicas, métodos contraceptivos usados, início e frequência da atividade sexual. Os exames complementares obrigatórios incluem: hemograma, tipagem sanguínea, reação sorológica para sífilis, para a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), hepatite B e C (casal), e sorologia para rubéola (Tognotti, 1997:12). Após esse levantamento, dá-se início à pesquisa básica propriamente dita, com a realização de uma série de exames visando identificar o tipo de infertilidade do casal⁹⁴.

Um dos primeiros exames realizados pela mulher é a **histerossalpingografia**. Trata-se de radiografia que permite, por meio de contraste iodado hidrossolúvel, visualizar o canal cervical, a cavidade uterina e as trompas. O contraste é injetado lentamente na cavidade uterina com imagens sendo produzidas sucessivamente, e, depois de certo tempo, o colo uterino é pressionado para ser verificada a dispersão do contraste. Esse exame pode identificar de lesões anatômicas do canal cervical, obstrução tubária, aderências, miomas, malformações, a alterações na superfície endometrial. O exame, referido pelas usuárias como raio-x do útero, é bastante desconfortável e dolorido.

Caso esse exame não permita uma visualização adequada ou o estabelecimento de um diagnóstico claro, a usuária é encaminhada para a realização de uma **laparoscopia ou videolaparoscopia**, visando precisar, por exemplo, o grau de obstrução tubária ou se uma ligadura tubária é passível de reversão através de outra cirurgia. Esses dois exames, mais invasivos, não fazem parte da pesquisa básica de rotina, mas podem ser solicitados em função da resposta do primeiro ou quando não se chegar a um diagnóstico, após terminada a pesquisa básica. Eles consistem na introdução de uma agulha, pelo umbigo,

⁹⁴ Esses exames fazem parte do protocolo de vários serviços e são preconizados em manuais de reprodução humana da Organização Pan-Americana de Saúde, da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria, e em publicações de médicos especialistas em reprodução assistida. Contudo, sua seqüência não é sempre considerada pelo profissional médico. Durante as entrevistas, localizamos vários casos de usuárias, particularmente, de clínicas privadas e vinculadas a convênios médicos, de não observância desses procedimentos. Assim, muitas não chegavam a fazer alguns exames básicos, que poderiam indicar a dificuldade de engravidar, e já eram submetidas a tratamentos sem nenhuma eficácia; outras não realizaram exames mais simples e já eram conduzidas àqueles mais invasivos que dependem de internação e uso de analgesia geral. A questão do procedimento médico em face da situação apresentada pelas usuárias será abordada no próximo capítulo.

que permitirá a insuflação da cavidade abdominal com gás carbônico e, por meio de uma óptica, a obtenção de imagens do interior da pelve. Para esse procedimento, é necessária a anestesia geral (Tognotti, 1997:33).

Após a realização da histerossalpingografia, a mulher é submetida ao **exame de muco cervical**, para uma avaliação indireta do processo ovulatório (abertura do orifício externo do colo do útero, volume, filância e cristalização) (Tognotti e Pinotti, 1997:50). A seguir, o casal é submetido ao **teste pós-coito**. Esse teste é feito com o objetivo de verificar a interação muco-sêmen, ou seja, a sobrevivência espermática no interior do corpo feminino. Os casais são orientados para que, após uma abstinência de 2 a 5 dias, tenham uma relação sexual, com horário definido (6 a 10 horas antes do exame) e posição sexual pré-estabelecida. Chegando ao consultório, o exame ginecológico vai verificar a presença de sêmen na cavidade uterina e avaliá-lo. Dos exames, na perspectiva do casal envolvido, costuma ser o mais invasivo. Eles devem manter relações sexuais com dia, hora e posição pré-fixados. Ouvi relatos de mulheres e, também, de homens revelando toda a “perda de magia” do encontro sexual que a realização desse exame proporciona. Segundo Zilda, esse procedimento é muito desgastante para o casal. *“A gente tem que ter relação com hora marcada, tem que pôr o relógio para despertar porque os dois dormem, é uma loucura”* ou, na fala de Laura, *“você tem que comer sem ter fome”*. A sexualidade, nessas circunstâncias, passa a ser rigidamente controlada, com momentos de obrigatoriedade de relações sexuais e períodos de abstinência, além do registro minucioso que deve ser apresentado ao médico. Ela própria passa a ser prescrita, adquirindo o caráter de remédio, para que seja alcançado o sucesso no tratamento.

A **biópsia do endométrio** é um exame mais simples, realizado a partir da coleta de material do útero, mediante uma sonda plástica, posteriormente submetido à avaliação, por um patologista, no intuito de verificar a situação do endométrio. A esse exame seguem-se as **dosagens hormonais** de progesterona e prolactina, visando o diagnóstico da ovulação.

Esses são os exames constantes da pesquisa básica realizados pela mulher, todos obedecendo a uma ordem cronológica a partir do início do fluxo menstrual. Contudo, dependendo do resultado dos primeiros, outros exames complementares podem ser feitos, como também eles podem ter que se repetir algumas vezes. Podem haver pequenas variações de procedimentos em outros serviços.

Enquanto a mulher se submete a esse grande número de intervenções, muitas extremamente desconfortáveis e dolorosas, além do desgaste de acompanhar com precisão o dia dos ciclos menstruais, seus sinais ao longo do mês, as relações sexuais agendadas ou suspensas em função do procedimento, ao homem é previsto um único exame, o **espermograma**, que, todavia, é repetido algumas vezes durante o tratamento. Após uma abstinência recomendada de 2 a 5 dias, a coleta é realizada mediante ato masturbatório, no próprio serviço ou laboratório. O espermograma estuda as características físico-químicas, dinâmica e morfologia do sêmen. Muitos serviços iniciam a pesquisa básica pelo exame masculino, já que ainda há resistências da parte dos homens para colher o material. Anteriormente, revelam alguns profissionais, a mulher fazia uma ampla pesquisa e o problema de infertilidade estava associado ao homem e só se descobria no final ou havia resistência do homem que não comparecia ao serviço, interrompendo a continuidade do tratamento. Por isso, em regra, os serviços iniciam o levantamento pelo espermograma e a partir daí darão sequência aos procedimentos.

Há casos em que a pressão para obter o material (sêmen), num determinado momento e local, inibe os homens de tal maneira que eles não conseguem coletá-lo. Nesses casos, costuma-se agendar para outro dia. A maior pressão, geralmente, é decorrente de a coleta de material estar prevista para a realização de um outro procedimento na mesma data, como uma inseminação ou fertilização *in vitro*. Donadio, em entrevista à pesquisadora e em texto (Donadio e Donadio, 1997:163), observa que, quando a amostra é coletada fora do serviço, há o risco da origem do material poder ser

estranha ao casal⁹⁵. Muitos homens também prefeririam o uso de sêmen doado a se submeterem a coleta mediante procedimento cirúrgico.

É importante considerar que, muitas vezes, mesmo após a realização de todos esses exames, não se estabelece nenhum diagnóstico. Se os exames estão dentro de parâmetros considerados positivos (normais), o diagnóstico é infertilidade sem causa aparente, cuja sigla é ESCA (esterilidade sem causa aparente).

Se a mulher apresentar algum tipo de obstrução tubária ou aderências na pelve, ou se tiver feito uma ligadura tubária, pode ser encaminhada para a realização de microcirurgias, na tentativa de reverter esse quadro. Esses procedimentos nem sempre são aplicados, em virtude de sua baixa resolutividade, ou seja, tenderiam a fornecer apenas um pequeno aumento na chance de ocorrência da gravidez⁹⁶. Considera-se também a idade da usuária e o custo do procedimento. Ademais, com o surgimento da fertilização *in vitro* tornou-se possível contornar essas situações.

É importante destacar que, no caso da infertilidade ser masculina e o procedimento indicado ser uma inseminação artificial ou ICSI, a mulher continuará se submetendo a todos os procedimentos. Ou seja, para um suposto aumento da chance de sucesso, o tratamento será feito no seu corpo, havendo indução da ovulação (sempre) e aspiração dos folículos quando se tratar de ICSI.

⁹⁵ Segundo esse profissional, há homens que preferem usar material de doadores a se submeter aos procedimentos. Mas, em regra, observa-se uma resistência muito maior dos homens a aceitar o uso de sêmen de doador do que a doação de óvulos, por exemplo. Em princípio, eles acham muito importante, a possibilidade de recorrer a esse material, contudo, sempre para os outros, nunca para si próprio. Novaes (Novaes, 1996), em pesquisa sobre infertilidade e inseminação artificial, colheu relatos favoráveis à utilização de inseminação artificial com sêmen de doador. Mas, tratava-se de algo "bom para os outros não para eles". Nas entrevistas com homens, eles sugeriam que poderiam ser doadores, com o intuito de mostrar que não eram inférteis.

⁹⁶ Após a realização de uma microcirurgia, a mulher é novamente submetida a exames, para avaliação do resultado da cirurgia e as indicações para obter uma gestação por via natural. Muitas vezes, o procedimento cirúrgico não apresenta boa resposta e há indicação para que seja feita a fertilização *in vitro*. Em levantamento realizado na Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, verificou-se que em aproximadamente 30% dos casos em que houve solicitação de reversão de ligadura tubária não havia condições para isso (Tognotti e Pinotti, 1997:89).

As Práticas e os Riscos Envolvidos

Para uma melhor compreensão desses procedimentos, é importante considerar que os tratamentos constituem ciclos, compostos de várias etapas. Após a realização da pesquisa básica, e tendo como indicação a realização de inseminação artificial ou de fertilização *in vitro*, o processo tem início com a hiperestimulação hormonal da mulher, visando o amadurecimento de vários folículos ovarianos de uma só vez. Se, num ciclo normal, somente um óvulo fica maduro por mês, através da hiperestimulação hormonal cria-se um grande número de oócitos para fertilização, aumentando a desempenho da técnica relativamente ao que seria obtido num ciclo menstrual normal. Apesar dos primeiros resultados positivos da fertilização *in vitro* terem sido obtidos em ciclos espontâneos ou naturais de ovulação, hoje, praticamente todos os procedimentos relacionados à reprodução assistida, tanto de alta como de baixa complexidade, fazem uso da estimulação ovariana⁹⁷.

A medicação é ministrada em função do ciclo feminino e do tipo de fármaco utilizado, e sua quantidade depende da idade da usuária e possível resposta anterior a outro estímulo. As drogas ministradas podem ser: citrato de clomifeno (sintetizada em 1956 e aprovada para uso clínico em 1960), bromocriptina, gonadotrofinas urinárias de mulher menopausada (uso clínico no início da década de 60) e FSH recombinante (produto originado de pesquisas em engenharia genética)⁹⁸. É recorrente a utilização combinada desses fármacos.

⁹⁷ Alguns anos atrás, o uso de indutores da ovulação era aplicado somente na correção de distúrbios ovulatórios. Com o advento da reprodução assistida, eles passaram a ser indicados para anovulação, infertilidade sem causa aparente e nas técnicas de produção assistida (Lopes e Donadio, 1997:53)..

⁹⁸ As gonadotrofinas foram estudadas na urina de mulheres menopausadas, em 1954, e, em 1957, utilizadas em ratos para induzir crescimento folicular, sendo aplicadas em uso clínico na década de 60. A primeira gravidez obtida com seu uso foi em 1962. Já o FSH (hormônio estimulante de folículos) é um produto oriundo de pesquisas em engenharia genética, obtido *in vitro*, mediante tecnologia com DNA recombinante. Em sua preparação, utilizam-se células ovarianas de Hamster chinesa. Os primeiros registros de sua eficácia na estimulação ovariana são de 1992 (Lopes e Donadio, 1997:61).

Essas substâncias são ministradas de forma oral (citrato de clomifeno), ou através de injeção subcutânea ou intramuscular (gonadotrofinas). As doses são tomadas diariamente, havendo monitoração, praticamente diária, através de ultra-som, para determinar a qualidade do ciclo, a reação hormonal, e o número potencial de oócitos e, finalmente, saber com precisão o momento certo para realizar a punção dos folículos produzidos.

Como os ovários produzem muitos oócitos, eles se tornam maiores e podem causar um série de desconfortos abdominais. Os principais efeitos colaterais relacionados à utilização dos medicamentos são a formação de quistos, hipertrofia ovárica, distensão e dores abdominais, nervosismo, insônia, náuseas, diarreias e vômitos, cólicas, cefaléia, sintomas visuais, além do risco de gravidez múltipla. Contudo, o mais grave é a **síndrome do hiperestímulo ovariano**, quando os ovários (a medicação estimula os dois ovários) crescem muito de tamanho, apresentam múltiplos cistos, de grandes proporções, e ocorre um extravasamento de líquidos para a cavidade abdominal, edema e diminuição do fluxo renal. Há casos de óbito decorrentes dessa síndrome. Quando essa situação é diagnosticada, a usuária é hospitalizada, a medicação suspensa e são tomadas várias medidas para controlar seu estado. Os primeiros sintomas podem surgir de 3 a 7 dias depois da ovulação ou administração do medicamento, e há indicações de ocorrência grave em cerca de 1,0 a 1,8% das usuárias, por ciclo de estimulação (Tognotti e Pinotti, 1997:101; Pizzini, 1992:51). Nos quadros de hiperestimulação leve ou moderada, geralmente, só a suspensão da medicação é suficiente para deter o quadro. Nos casos mais graves, a situação representa risco de vida para as mulheres e também pode resultar na extração de todo aparelho reprodutivo, eventualidade que irá configurar uma situação de esterilidade, o oposto do que é visado pelos tratamentos. Durante a pesquisa realizada no serviço de esterilidade conjugal do Hospital Pérola Byington, ouvi relato de pelo menos duas mulheres que tiveram a síndrome, porém de baixa intensidade, sendo suspensa

somente a medicação e, nesse caso, num próximo ciclo de estimulação ovariana, serão ministradas doses menores do medicamento⁹⁹.

Há estudos que relacionam um aumento nas chances de desenvolvimento de câncer no ovário e de mama, em decorrência do aumento da produção de estrogênio e progesterona causado pelo uso dessa medicação (Benjamin, 1998; Pizzini, 1992).

Nas entrevistas realizadas, obtivemos várias manifestações relacionadas ao uso dessa medicação. Observações quanto à percepção do corpo: *“é uma medicação que mexe com o organismo da gente, incha o seio, incha a barriga, dá um mal estar, dá dor de cabeça, e mesmo depois que a gente para de tomar a medicação passa, passa assim um mês depois, mas passa, já não sei se isso não causa efeito nenhum, não dá para a gente saber. Uns quinze dias depois pelo menos de muito mal estar. O pior é depois, depois é pior”* e *“isso daqui também é um sofrimento porque a gente toma medicação, tem efeitos será que não estou estragando a minha saúde? eu tenho medo sim, eu acho que é normal, principalmente da última vez que apareceu aquele probleminha, aquele cisto eu fiquei assustada, eu falei nossa! será que eu estou procurando doença, porque eu nunca tive nada, eu sempre fui saudável, e agora estou correndo o risco de fazer uma cirurgia porque eu procurei, a gente fica se sentindo meio culpada..”* (Zilda, 30 anos, branca, desempregada, infertilidade sem causa aparente, 3ª inseminação, Pérola Byington).

“Um desgaste psicológico muito grande, físico também, porque você passa por coisas assim, é um tratamento dolorido tá, toma o medicamento para evoluir os folículos né, o ovário então aumenta, aquilo te dói lá dentro, vem fazer os exames só de encostar, ah..sabe assim é muito dolorido. Mas é uma tentativa é a única esperança que a gente

⁹⁹ Também ouvi relatos da equipe médica, de casos mais graves relacionados à síndrome, em que as mulheres tiveram extraídos útero, trompas e ovários, por terem sido atendidas em serviço não especializado em infertilidade. No serviço do Pérola Byington, o risco da ocorrência da síndrome é revelado na reunião com os casais candidatos à fertilização *in vitro*. Quando tive oportunidade de participar dessa reunião, impressionou-me um certo pânico que é criado em torno dessa situação. O coordenador da reunião (médico do serviço) alerta que só o serviço especializado em infertilidade, que está ministrando o medicamento, tem condições de resolver o problema caso ele ocorra. A procura de outro

tem, eu penso assim..” e “eu fui fazer (outra tentativa de inseminação) e me deu um cisto, aí eu vim estava muito mole e o médico falou esse mês você não vai fazer, você volta no próximo, aí no próximo, no mês passado, quase fiquei internada por causa de uma infecção na bexiga; aí o médico falou que era ansiedade, o médico falou que eu estou colocando muita coisa na minha cabeça e isso pode estar dando alteração no meu organismo..” (Dirce, 30 anos, branca, policial militar, incompatibilidade no casal, 3ª inseminação, Pérola Byington).

“Comecei a segunda tentativa em fevereiro de 98, ia começar em janeiro mas como deu um cisto no ovário ele me passou uma medicação e não podia fazer a indução com aquele cisto, então foi feito no mês seguinte. Fiz um ultra-som e foi constatado que desmanchou o cisto e então comecei a medicação no dia 20 de fevereiro e, graças a Deus, estou grávida de três meses” (Cláudia, 30 anos, branca, microempresária, obstrução tubária, grávida na 2ª Fiv, Pérola Byington).

Outro aspecto, digamos, de risco, relacionado ao uso dessa medicação, é que ela também pode não apresentar nenhum efeito ou ter uma resposta muito baixa. Às vezes, após a administração do medicamento, só há produção de um ou dois folículos e, nesse caso, o procedimento é muitas vezes suspenso, iniciando-se depois, em um outro ciclo. Essa situação é extremamente desgastante e angustiante para aquelas que se submetem a esses procedimentos, pois, em regra, idealizam os resultados positivos do evento.

Mulheres com idade entre quarenta anos ou mais podem ter uma resposta mais baixa e, nesse caso, pode ser sugerida a sua participação num programa de doação de óvulos. Segundo Donadio (Donadio e Donadio, 1997:159), mulheres que apresentam baixa reserva ovariana têm chance de gravidez com seus próprios óvulos, entre 2 a 6%. Eventualmente, a baixa reserva ovariana pode ter menor relação com a idade real do ovário e mais com a resposta hormonal da mulher.

serviço pela usuária poderia implicar o risco de perda de ovário, trompas e útero, tão importantes para quem busca uma gravidez.

Esses medicamentos apresentam desempenho e, também, preços diferenciados. Podem representar até 40%/50% dos custos relacionados à reprodução assistida. Para se ter uma idéia, o citrato de clomifeno é o mais barato deles, uma cartela custando de R\$ 7,00 a 10,00 (sete a dez reais), podendo implicar um custo mensal (um ciclo) de R\$50,00 (cinquenta reais). No entanto, hoje, seu uso é muito baixo, pois compromete o muco cervical e o endométrio, alterando sua qualidade, podendo produzir um ambiente inadequado à implantação do embrião. As gonadotrofinas são as mais usadas e as mais caras. Cada ampola de gonadotrofina pode custar de R\$50,00 (cinquenta reais) a R\$150,00 (cento e cinquenta reais). Algumas mulheres usam duas ampolas por dia; aquelas em que o ovário apresenta baixa resposta necessitam de seis a oito ampolas por dia. Usualmente, a medicação é ministrada através de injeção intramuscular, por 8 a 12 dias. Assim, pode implicar um custo de R\$ 3.000,00 (três mil reais) por mês. Essa medicação necessita de um acompanhamento constante (monitoração ultra-sonográfica), diferentemente do citrato de clomifeno.

Os interesses da indústria farmacêutica, produtora desses medicamentos, no mercado de reprodução assistida, em franca expansão, são muito grandes¹⁰⁰, não só pelas intervenções sofisticadas envolvidas como também pelo número de tentativas necessárias para a obtenção de uma gravidez. Durante nossa pesquisa, contatamos as empresas responsáveis pelos principais medicamentos utilizados em procedimentos de reprodução assistida, objetivando conhecer sua situação relativamente à fabricação/importação, ao tempo que o medicamento está no mercado brasileiro e ao volume de vendas anuais. Foi enviada uma carta explicando os motivos da solicitação e garantindo que seu uso seria somente acadêmico. A postura dos laboratórios é um bom indicativo dos interesses envolvidos nesse mercado. Após um mês, nenhum dos laboratórios, se manifestou e, questionados pela pesquisadora, informaram que as informações são confidenciais, segredos de mercado que não podem ser revelados. Todos os medicamentos são

¹⁰⁰ Por exemplo, a venda de um único fármaco (Pergonal) passou de 7,2 milhões de dólares, em 1982, a 35 milhões de dólares, em 1986 (Pizzini, 1992).

importados por empresas multinacionais: citrato de clomifeno, nome comercial: Clomid e Serofene, produzidos pelos laboratórios Hosbon e Serono, respectivamente; FSH, nome comercial: Metrodin HP, produzido pelo laboratório Serono; gonadotrofinas da menopausa, nome comercial: Pergonal 500/1000 e Humegon, pelos laboratórios Serono e Akzo, respectivamente; gonadotrofina coriônica, nome comercial: Pregnyl, Profasi HP, pelos laboratórios Akzo e Serono, respectivamente. Estimativas do diretor de marketing do Laboratório Akzo, Divisão Organon, indicam que sejam realizados cerca de 240.000 ciclos de estimulação ovariana, por ano, no Brasil, aqui englobando todos os procedimentos: inseminação artificial, coito programado, correção de ovulação e fertilização *in vitro*. Sua avaliação é que o mercado de reprodução assistida, no Brasil, está começando agora¹⁰¹.

Após a estimulação da ovulação e havendo uma produção de folículos, a mulher é encaminhada para a punção ovariana ou aspiração desses folículos, no caso de fertilização *in vitro*.

Quando se trata de inseminação artificial, na data prevista, o homem deve coletar material seminal, que é encaminhado para o laboratório visando sua preparação para o procedimento. No laboratório, o espermatozóide é separado do líquido seminal e é encaminhado para o consultório, num meio de cultura, para o processo da inseminação. O material é injetado na cavidade uterina e a usuária deve permanecer deitada por 30 minutos. Após duas semanas, caso não tenha havido menstruação, é realizado um teste de gravidez.

No caso da fertilização *in vitro*, os folículos devem ser puncionados ou aspirados para que a fertilização se processe. A mulher é encaminhada para centro cirúrgico ou ambulatório e submete-se a uma punção transvaginal dos folículos, com acompanhamento

¹⁰¹ Essa estimativa está baseada em auditoria de mercado realizada pela IMS (International Marketing Search) para o mercado financeiro. Segundo esse diretor da Akzo, é difícil estimar a venda do produto em farmácias, porque não há uma auditoria de pesquisa de mercado e também há muita venda, através das distribuidoras de medicamentos que atendem a rede hospitalar.

ultra-sonográfico e utilização de analgesia local ou geral de curta duração. No entanto, cheguei a conhecer uma mulher que realizava o procedimento sem nenhuma analgesia, a seu pedido. Um transdutor vaginal (sonda guiada por ultra-som) com agulha é inserido na vagina e tem início a sua aspiração. Um dos pontos fundamentais do procedimento é a escolha do momento oportuno da coleta. Esse momento é indicado pelos dados clínicos, laboratoriais e, especialmente, pela ultra-sonografia, que identifica a maturidade dos folículos.

O material coletado é inserido em tubos com meio de cultura e encaminhado ao laboratório, visando sua identificação e classificação. O laboratório mantém um acompanhamento, para o profissional que está realizando a aspiração, indicando quantos folículos foram aspirados e sua classificação, para orientar o momento oportuno de suspender o procedimento, em função da coleta de vários óvulos maduros ou prosseguir na aspiração de folículos menores.

As principais complicações são decorrentes de hemorragia no local da punção e infecção da pelve, havendo também a possibilidade de perfuração da bexiga ou das alças intestinais.

Os procedimentos relacionados à reprodução assistida podem, à primeira vista, parecer simples. Contudo, são altamente sofisticados e pressupõem uma série de detalhes técnicos, biológicos, químicos, bioquímicos, e uma extrema habilidade dos profissionais na sua execução, o que contribui decisivamente para as baixas taxas de sucesso apresentadas pela técnica de fertilização *in vitro*, por exemplo. Devem-se considerar as características do material de cultivo e os fármacos empregados que podem influenciar uma boa resposta do corpo feminino e possibilitar ou não a sobrevivência do embrião. A situação psicológica e social vivenciada pelos casais envolvidos também contribui, positiva ou negativamente, para o sucesso da tentativa.

De 2 (duas) a 6 (seis) horas após a punção, e mantidos em meio de cultura numa incubadora, os óvulos são colocados em contato com os espermatozoides previamente capacitados e selecionados. Após a fertilização dos oócitos, (entre 15 a 19 horas de interação), é necessário acompanhar as divisões celulares do embrião formado indicando através de provas se são ou não normais. Decorridas mais 24 horas, será possível visualizar os embriões e definir quando serão transferidos para o corpo da mulher. Idealmente, eles são transferidos com quatro ou mais células¹⁰², em torno de 50 a 70 horas após a inseminação *in vitro*. Aqueles embriões que excederem o número a ser transferido são encaminhados para o congelamento, naqueles serviços em que este está disponível. No caso do Hospital Pérola Byington, por exemplo, como não há congelamento de embriões, são transferidos até quatro embriões para o útero da mulher, sendo os demais colocados na vagina.

Esses embriões que excedem são denominados **embriões excedentes** ou **supranumerários**. Assim, de uma condição de ausência de embriões, pode-se passar para outra em que eles estão em excesso e, nessa circunstância, o congelamento torna-se uma “necessidade” para o campo clínico. Esse excesso de embriões pode ser congelado para uso posterior pelo casal, não sendo necessário que a mulher se submeta novamente a boa parte do processo da obtenção dos embriões; também podem ser doados para outro casal ou utilizados em pesquisa.

É importante considerar que um dos papéis da hiperestimulação da ovulação é produzir óvulos e embriões para pesquisas genéticas, superando a idéia de que esses

¹⁰²Os embriões transferidos podem ter sofrido várias divisões celulares e se encontrarem em diferentes momentos do processo, com quatro, seis ou oito divisões; alguns podem estar se dividindo muito rapidamente, outros mais lentamente; alguns podem ter parado de se dividir. Essa situação de desenvolvimento diferenciado pode estar ligada à implantação de alguns, de todos, de um único ou até à perda de todos os embriões transferidos. Alguns serviços utilizam a transferência tardia do embrião, de três a até cinco dias após a fertilização *in vitro*, no intuito de aumentar as chances de adesão à parede do útero. Nesse caso, os embriões precisam ficar em um material de cultura mais rico, com nutrientes necessários à sua sobrevivência. Recentemente, no momento em que finalizava este trabalho, foram noticiadas “novidades” na área, pela imprensa. Trata-se da maturação de tecidos do ovário que tenderia a eliminar o uso dos medicamentos para indução da ovulação. Por essa técnica, um fragmento de tecido do ovário é retirado, algumas de suas células são amadurecidas até se transformarem em óvulos e, então, submetidas às técnicas de reprodução assistida (Istoé, 1999:60).

procedimentos só estão voltados para tratamentos de infertilidade. Eles vão constituir a principal forma de captação desse material, ainda que a pesquisa não esteja necessariamente relacionada com o tratamento de infertilidade. Mas, será exatamente o tratamento de infertilidade que irá fornecer as justificativas para a realização de pesquisas com embriões como, por exemplo, a possibilidade de melhoria nas chances de gravidez e no processo de implantação do embrião. Alguns países admitem a utilização desse material para pesquisa, muitas vezes, doado pelos próprios casais. A pesquisa com embriões é, entretanto, assunto muito controverso, sendo proibida em vários países¹⁰³, entre os quais Alemanha, França e Brasil. Nos países onde o procedimento é permitido, em geral se argumenta com as possibilidades que favorecem o desenvolvimento da medicina preditiva, de conhecimento de anomalias genéticas, tendências hereditárias, predisposições para determinado tipo de doença, e de diagnóstico precoce de algumas doenças. Estimam-se em seis mil as doenças genéticas passíveis de diagnósticos, das quais mil já estão localizadas; contudo, há diagnósticos possíveis somente para quinhentas e tratamento para apenas algumas. Dessa forma, em regra, após um exame genético em que sejam diagnosticados problemas, a alternativa possível é a interrupção da gravidez (Corrêa, 1997; Oliveira, 1996 e Rotania, 1996).

Um dos riscos da punção de óvulos e da transferência de embriões é o fato de poderem ser suspensos a julgar pelo seu resultado. Pode ocorrer de serem aspirados poucos folículos, que não tenham boa qualidade, ou que, ao entrarem em contato com os espermatozoides, não haja fecundação. Nesses casos, o procedimento é suspenso e a mulher irá se submeter a um novo ciclo, após um intervalo de tempo¹⁰⁴.

Outro risco é a gestação múltipla, quando dois, três ou quatro embriões se implantam no útero. Porto (*et alii*, 1993:80) menciona que entre 20 e 23% das pacientes submetidas a Fiv estão sujeitas a gestação múltipla. Inicialmente, acreditou-se que, nos

¹⁰³ Os aspectos relacionados com a ética e bioética dos procedimentos serão abordados no próximo capítulo.

casos de fertilização *in vitro*, a transferência de três embriões ofereceria maiores chances de gravidez do que a transferência de apenas um. Isso agora se transformou numa prática normal, aceita internacionalmente. Contudo, a transferência de diversos embriões leva a uma maior taxa de gestações múltiplas.

A gravidez múltipla resulta numa série de problemas para a mulher, como maior incidência de partos prematuros, maior mortalidade perinatal, devido à prematuridade, complicações fetais e maternas, como risco de descolamento da placenta, acidentes do cordão e doença hipertensiva da gravidez, malformação congênita, pré-eclampsia, maior risco de abortamento, maior proporção de partos cesáreos, exigência de cuidados intensivos em unidades especializadas, baixo peso ao nascer e dificuldades neonatais que podem comprometer o desenvolvimento da criança (Price, 1992:102; Franco Júnior *et alii*, 1993:119).

Os medicamentos utilizados para a indução da ovulação também podem estar associados com a gravidez múltipla. Segundo a empresa produtora do citrato de clomifeno, a droga pode estar associada com 6 a 8% do risco de gravidez múltipla. Esse risco pode ser maior com o uso das gonadotrofinas obtidas de mulher menopausada, em combinação com gonadotrofina coriônica humana, Pergonal e Profasi (nomes comerciais), respectivamente, reportam de 10 a 40% de concepções de gêmeos (Price, 1992:96). Ademais, há dificuldade em controlar o número de folículos que se desenvolvem em resposta à medicação.

Em função desses riscos, alguns países, entidades médicas e serviços limitam a três o número máximo de embriões a serem transferidos. Há estudos que indicam que a transferência de um número superior a três embriões não acarreta a subsequente elevação das taxas de gestação (Franco Júnior *et alii*, 1993:119). Contudo, freqüentemente, a mídia revela casos de gravidez de quatro, cinco e até sete fetos. Vários centros, visando

¹⁰⁴ No serviço privado pesquisado, há intervalo de um mês, para que os efeitos dos medicamentos sejam liberados. No caso do serviço público, esse intervalo é de um ano, em decorrência da longa fila de espera para realizar a fertilização *in vitro*, o que significa que cada usuária só se submete a uma FIV por ano.

aumentar seu desempenho e suas taxas de sucesso, acabam por transferir um maior número de embriões do que aqueles permitidos e estipulados em normas e leis, muitas vezes, estimulados pelas próprias usuárias¹⁰⁵.

Uma das práticas que se estabeleceu para controlar as gestações múltiplas é a execução da chamada redução embrionária. Esse procedimento usualmente envolve uma injeção letal de potássio de cloreto no coração de um ou mais fetos até a atividade cardíaca cessar, sendo realizado através da monitoração via ultra-som. É um procedimento delicado e tecnicamente difícil, podendo resultar, muitas vezes, não só na retirada de “embriões excedentes” mas comprometer toda a gestação. Assim, numa redução de quatro para dois embriões/fetos pode ocorrer de nenhum feto permanecer, após o procedimento. Trata-se de um procedimento clínico delicado, com repercussões de âmbito legal e ético, havendo muitos profissionais que se recusam a adotá-lo. No Brasil, por exemplo, as normas do Conselho Federal de Medicina proibem esse tipo de técnica; contudo, elas são realizadas por alguns profissionais¹⁰⁶.

A gestação múltipla pode ser uma situação conflituosa para muitos casais. Vivendo, inicialmente, sob a perspectiva de ausência e dificuldade para ter filhos, de

¹⁰⁵ Parece haver uma crença incitada por parte da mídia e de profissionais da área médica de que um maior número de embriões transferidos aumenta a chance de gestação. Ouvi relato de uma mulher submetida à Fiv, que pediu ao médico a transferência de todos os seus embriões, cerca de cinco, no intuito de aumentar sua chance. Em janeiro de 1999, a Revista Marie Claire, voltada ao público feminino, publicou um “dossiê fertilidade” abordando as técnicas e tratamentos para infertilidade. Quando trata da transferência de embriões chega a informar, incorretamente, que o Conselho Federal de Medicina indica a implantação de mais de quatro embriões em mulheres com idade superior a 40 anos, procedimento que seria realizado mediante a aprovação do casal e do médico. Ainda segundo a revista, se um maior número de embriões for implantado, o casal tem a opção da redução embrionária.

¹⁰⁶ A situação da redução embrionária ou redução seletiva chama a atenção. O Conselho Federal de Medicina, através da resolução nº 1358/92, única norma existente no momento em face da prática de reprodução assistida, proíbe sua realização nos casos de gestação múltipla. No entanto, alguns artigos médicos, como o de Porto (et alii, 1993:80) por exemplo, fornecem indicações sobre a realização da redução seletiva, mencionando que as taxas de abortamento após sua prática estão ao redor de 20%. Recentemente, a Revista *Veja* (1999:80) publicou uma matéria de seis páginas sobre o assunto, relatando situações de mulheres que optaram pela redução embrionária e de outras que levaram adiante a gestação múltipla. Segundo a reportagem, nas clínicas de reprodução assistida, 35% das mulheres grávidas de trigêmeos ou mais optam pela redução embrionária. A situação da redução embrionária guarda certa semelhança com o aborto, enquanto uma prática não permitida mas realizada com desconforto pelas mulheres.

repente se vêem diante do fato de possuírem vários embriões para transferência ou uma gestação confirmada de três fetos. Como observa Price (1992), a gestação múltipla traz uma série de complicações, além daquelas decorrentes do desenvolvimento gestacional. A questão da operacionalização, do cuidado de três ou mais bebês, “em número maior que a quantidade de mãos e peitos para responder”, implica maiores custos, envolvimento, dificuldade de locomoção, desgaste físico e *stress*, para aqueles diretamente envolvidos.

Interessante observar que, nas entrevistas realizadas na presente pesquisa, a questão da gestação múltipla, para mulheres que esperam com tanta ansiedade uma gestação, é vista, quase sempre, sob uma perspectiva positiva. Assim, desejar muito um filho e ter dois parece uma “benção”. Quando se alude a um número maior que dois, as mulheres se mostram mais realistas, talvez por saberem que caberá a elas a maioria dos cuidados. Já entre os homens é praticamente unânime o desejo de gestação múltipla. As mulheres dizem que seus companheiros querem mais de um.

“Da outra vez foram três e não ficou nenhum. Dessa vez, transferiram quatro e ficou um. Ele ficou feliz quando eu falei que fiz o primeiro ultra-som e falaram que eram dois sacos gestacionais e como a taxa de hormônio estava muito alta eles achavam que poderia até ser mais. Então meu marido falou nossa, já pensou se for dois? Dois tá ótimo. Ai, depois da segunda, já não dava para ver dois, só via um, então o médico falou “é normal às vezes acontece dos embriões quererem desenvolver e depois um acaba murchando”, né. Daí um só sobreviveu” (Cláudia, 30 anos, branca, microempresária, obstrução tubária, grávida na 2ª Fiv, Pérola Byington).

Após a fecundação dos gametas, os embriões são transferidos para o útero da mulher, no centro cirúrgico ou ambulatorio, sem anestesia, devendo ela permanecer em repouso por uma hora, aproximadamente, antes de ser liberada. É necessário aguardar cerca de quinze dias para a realização do teste de gravidez (β HCG) e posterior ultrasonografia. Quando da confirmação de gestação, a mulher novamente é submetida ao uso de fármacos, em geral, progesterona (através de injeções subcutâneas ou intramusculares),

no intuito de suplementar as taxas hormonais e evitar a perda da gestação. Esses fármacos são ministrados diariamente, até a gestação completar três meses.

A transferência de embriões e a espera para saber se ocorreu a gravidez são descritas pelas mulheres como momentos que envolvem maior ansiedade. A possibilidade dos exames indicarem um resultado falso positivo, em decorrência do aumento das taxas hormonais, aumenta o *stress* envolvido na situação.

“Aqui eu já fiz três tentativas de inseminação, agora é a terceira. A primeira eu fiz, achei que estava grávida, porque os exames dão positivo, fiquei numa alegria imensa, peguei o resultado do exame que deu positivo, nossa eu chorava e ria..sozinha. Ai eu cheguei aqui fiz a ultra-sonografia e o médico falou que não dá para ver porque é muito novo, mas o endométrio está grande, está em tamanho bom, tudo indica que realmente você esteja grávida. Ai eu contei para a família inteira, cheguei em casa fiquei o dia inteiro no telefone..quando foi quinze dias, mais ou menos, eu comecei a ter sangramento; ai eu sai do trabalho e fiquei desesperada, o médico me examinou e disse não dá para ver nada, não dá para saber se você estava grávida ou não, vai para casa fazer repouso e se continuar sangrando é uma menstruação comum, você não estaria grávida e ai a gente vai tentar novamente. E se parar, você faz um repouso e volta aqui para fazer outro exame também. Mas ai não tinha como, o sangramento era muito grande mesmo, foi uma menstruação normal. Entrei numa depressão fora de série. E não só minha, a gente em casa, o marido, a mãe, os irmãos que perguntam toda hora...nossa na hora todo mundo se abalou. Pensei, vou tentar novamente. Mas da segunda vez, já estava mais preparada, ovulei muito, mas mesmo assim não passou nem perto... O falso positivo? Deu falso positivo porque a gente toma a Profasi para preparação então, o exame dá positivo, não tem jeito, acho que a única maneira é esperar o ultra-som mesmo, o tempo, porque não dá para ver na ultra-sonografia não dá, não dá para confiar no exame porque você tomou uma medicação então é só o tempo, é esperar um mês, um mês e meio para poder ver alguma coisa. É uma ansiedade tão grande que acho que chega a fazer mal, porque você passa a viver e respirar só aquilo..” (Zilda, 30 anos,

branca, desempregada, infertilidade sem causa aparente, 3ª inseminação, Pérola Byington).

“Na minha segunda tentativa, eu fiz o exame e deu positivo, atrasou dez dias, eu estava me sentindo grávida, fiquei super feliz e de repente eu vim fazer exame aqui e deu positivo, os dois exames que eu peguei deram positivo, e daí eu fui para casa e comecei a sentir dor à noite, estávamos jantando, conversando num clima já de pais, conversando, e aí eu fui tomar banho e na hora comecei a passar mal, foi uma coisa bem de repente, tanto que eu saí do banheiro e menstruei, foi um espaço de horas, eu fiquei com dor, dor e menstruei. Aí, no dia seguinte, vim aqui, fiz os exames e já deu negativo, negativo. Nossa, foi como se tivesse caído o mundo na minha cabeça fiquei super abalada” (Dirce, 30 anos, branca, policial militar, incompatibilidade no casal, 3ª inseminação, Pérola Byington)

“Dá um stress danado no período que faz a transferência dos embriões até quinze dias para fazer o exame de sangue né, o β HCG, só que eu fiz com 11 dias. No 12º. dia eu fiz e deu positivo...É muito sofrido, eu já estava decidida que, se eu não conseguisse engravidar dessa segunda vez, eu não tentaria mais não, porque é muito frustrante tomar toda essa medicação e, no final, quando você vai passar pelo ultra-som ou exame dá negativo; é bastante frustrante, nossa é demais e aí passar por uma segunda tentativa e dar negativo de novo é terrível” (Cláudia, 30 anos, branca, microempresária, obstrução tubária, grávida na 2ª Fiv, Pérola Byington).

“Aí, eu comecei as inseminações e da primeira não deu certo. A primeira chegou a dar resultado assim positivo, mas diz que é o remédio né, que acusa e você não está. A segunda também. Nenhuma dessas que eu fiz, porque eu fiz três, nenhuma das três acusou” (Sônia, 36 anos, parda, dona de casa, infertilidade sem causa aparente, 3ª inseminação, 1 filho, Pérola Byington).

Uma outra situação que merece destaque é o fato de a cesárea ser a via de parto mais freqüente nas usuárias submetidas à Fiv, com todos os riscos inerentes à adoção desse procedimento. Segundo Porto (*et alii*, 1993:83), maternidades da Inglaterra revelam que, nessa situação, a incidência de cesariana é de 43%, no caso de gestação única, 64%, para gemelares, e 95% para as triplas. Uma das explicações mencionadas pelos especialistas para as altas taxas de parto cesáreo é que essas gestações foram obtidas com dificuldade e, nesses casos, a cesariana seria mais recomendada. Nas situações de gravidez gemelar ou tripla que envolvem maior risco, geralmente, a gestação é interrompida antes de 40 semanas, com a realização de parto cesáreo¹⁰⁷. Esses procedimentos contribuem para um aumento das taxas de cesariana no país, estreitando os laços de dependência dos serviços médicos no campo reprodutivo.

Resultados e Custos do Uso das Técnicas

O processo atual de difusão das técnicas de reprodução assistida não permite uma avaliação ampla dos principais resultados dos procedimentos, apesar dessas técnicas terem uma presença quase diária na mídia. Há poucos estudos voltados a uma análise crítica da aplicação dessas técnicas e também são poucos os dados disponíveis sobre o desenvolvimento das práticas. Boa parte do material apresentado a seguir baseia-se em literatura médica internacional e em trabalhos do campo biomédico e das ciências sociais.

Essa situação, de deficiência de informações sobre os resultados clínicos das técnicas reprodutivas conceptivas, é observada pela OMS:

¹⁰⁷ Estudo mencionado por Mauri (*et alii*, 1993:117), realizado entre 1946 e 1976, relata o nascimento de 59 triplos em quatro diferentes hospitais. A média de idade gestacional foi de 33 semanas, sendo 78% antes de 37 semanas e 25% antes de 31 semanas. A mortalidade perinatal nesse estudo foi de 272 por 1000 nascimentos.

“Não existem dados precisos sobre os resultados clínicos de todos os métodos empregados na concepção com ajuda médica, pois nem todos os países tem registros nacionais; naqueles que dispõe desses, a informação é fornecida voluntariamente e, portanto, pode não ser completa. As deficiências de notificação podem afetar a situação em geral, já que os dados que faltam podem ser de centros que tenham obtido resultados deficientes. Ademais, os formulários de coleta de dados variam de um centro e de um país a outro, o que dificulta a comparação dos dados” (OMS, 1992: 52).

De acordo com a OMS, haveria no mundo, em 1989, 708 unidades de FIV, em 53 países, entre os quais 304, na Europa Ocidental; 214, nos Estados Unidos; 107, na Ásia (incluindo China, Hong Kong, Indonésia, Japão, Taiwan, Coreia e Singapura); 25, na Europa Oriental; 24, na América do Sul; 20, na Oceania (Austrália e Nova Zelândia); e 14, na África, indicando a difusão mundial das técnicas.

Nos Estados Unidos, a partir de 1986, o registro nacional dos dados relativos às técnicas de reprodução assistida foi centralizado, pela American Fertility Society, uma sociedade formada por especialistas da área de reprodução. Os dados divulgados pela entidade correspondem a 90% das clínicas existentes no país. Na França, o registro é voluntário e centralizado por um banco de dados chamado Fivnat. Segundo esses dados, em 1988, existiriam cerca de 90 centros de Fiv e 20 bancos de sêmen. Na Grã-Bretanha, todos os centros estão submetidos à inspeção e controle da Voluntary Licensing Authority for Human In vitro Fertilization and Embriology, do Royal College of Surgeons. Dados de abril de 1989, registram a atividade de 38 centros, nesse país. Na Austrália e Nova Zelândia, o registro é feito, desde 1983, pelo Departamento Nacional de Estatísticas

Perinatais, e haveria, em 1988, 22 centros de Fiv, na Austrália, e 3, na Nova Zelândia (Corrêa, 1997:99).

Na América Latina, o Registro Latinoamericano de Reprodução Assistida é publicado, desde 1990, pela Rede Latinoamericana de Reprodução Assistida, com informações voluntárias de centros de Fiv dos seguintes países: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Guatemala, México, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela. Os dados do ano de 1995 correspondiam a 59 centros de Fiv. Os centros que participam da Rede enviam seus dados mediante um formulário, recebem uma visita, e são inspecionados anualmente, de acordo com alguns critérios de atendimento, instalação e equipe. Aqueles que pretendem fazer parte da Rede também são submetidos ao mesmo procedimento, para serem admitidos. Em 1995, 14 centros brasileiros de Fiv faziam parte da Rede (Zeger-Hochschild, Prado A., e Galdames I., 1995).

No Brasil, a primeira e única publicação dos resultados da reprodução assistida só ocorreu em 1994, relativa a resultados do ano de 1992. Esse registro foi realizado pela Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, que enviou um questionário para seus sócios envolvendo dados sobre fertilização *in vitro*, transferência intratubária de gametas (Gift), transferência intratubária de embriões (Zift), doação de óvulos e criopreservação de embriões. As respostas eram voluntárias e o levantamento reuniu 23 centros.

Segundo levantamento realizado por Arrilha (1996), em 1994, existiam no país 44 serviços. Além do Estado de São Paulo, onde há 23 clínicas (14 na capital e 9 no interior), há serviços funcionando no Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Paraná, Espírito Santo, Pernambuco, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Bahia, Minas Gerais e Sergipe, a maioria composta por clínicas privadas ou serviços ligados às universidades.

Os números variam segundo a fonte. A indústria farmacêutica estima em 60 o número de centros que fazem fertilização *in vitro*, enquanto dados da imprensa indicam a existência de quase 50 centros, no Brasil, número bastante superior ao que forneceu os

dados para o registro. O menor número no registro pode ser decorrente do fato de ser uma coleta voluntária e só entre sócios, mas também pode ter ocorrido um aumento dos centros até o ano corrente.

Segundo informações fornecidas pela Akzo - Divisão Organon, responsável pela fabricação dos principais fármacos utilizados na indução da ovulação (gonadotrofinas), o mercado teria crescido 30% em 1995, 40% em 1996, 30% em 1997 e são estimados 20% em 1998. Esse aumento pode estar vinculado a uma maior demanda pelos medicamentos, decorrente de maior volume de atendimentos ou a um crescimento no número de centros instalados. O grande “boom” das clínicas teria ocorrido nos últimos quatro anos. O aumento pela procura dessas técnicas é, muitas vezes, influenciado pelas notícias veiculadas na mídia, sobre figuras conhecidas, do meio artístico, que obtêm sucesso com o uso da reprodução assistida. Assim, por exemplo, o fato de Pelé, em 1996, ter buscado essa técnica e ter obtido sucesso, colaborou para o aumento da procura pela reprodução assistida. Aliás, algumas usuárias e usuários entrevistados pela presente pesquisa informaram que costumam acompanhar todas as notícias da mídia relacionadas às técnicas de reprodução assistida ou, mais precisamente, sobre “os bebês de proveta”, mencionando os casos de Péle e de um casal de jornalistas da televisão.

Fazer uma avaliação do uso das técnicas de reprodução assistida, a partir dos dados divulgados nos registros e trabalhos científicos, não é tarefa muito fácil. Há uma grande diferença na maneira como os dados são apresentados, não havendo categorias padronizadas ou mesmo uniformes, passíveis de comparação. Além do mais, a maioria dos dados fornecidos (dos registros) são voluntários e podem estar faltando informações de centros mais deficientes no uso das técnicas¹⁰⁸. Chama a atenção o fato de a maioria dos dados divulgados nos registros não fazer referência à população atendida por essas

¹⁰⁸ As clínicas e serviços de reprodução assistida apresentam variações nas taxas relativas aos mesmos procedimentos. Essa diferença é devida aos motivos apontados acima e, também, ao fato de as técnicas serem complexas e sofisticadas e dependerem de muitos fatores, como o equipamento empregado, as condições laboratoriais, os tipos de medicamentos e material de cultura utilizados, a experiência e formação dos profissionais envolvidos, etc.

clínicas e centros, havendo apenas a distribuição de mulheres segundo a idade, em razão dos resultados de um procedimento ou outro.

A avaliação dos resultados da Fiv é feita mediante a chamada taxa de sucesso. Como o ciclo de Fiv compreende uma sequência de atos de intervenção médica, intervenção cirúrgica e laboratorial (indução, aspiração dos óvulos, transferência do embrião ou gametas), que se relaciona com outros eventos, como a implantação do embrião, a evolução de uma gravidez e o nascimento de um bebê sadio ou não, as taxas de sucesso expressam uma relação entre o resultado e o número de fases do processo envolvidas. Essa taxa pode ser apresentada de diferentes maneiras, ou seja, pode relacionar um tipo de ato (caso) e seu resultado, considerando um ou outro evento. Assim, é possível relacionar o número de punções com a taxa de gravidez bioquímica ou com os nascimentos; pode-se ainda considerar o número de transferências de embriões em relação a indução hormonal, as gestações clínicas ou aos nascimentos. Nesse sentido, a desempenho dos resultados pode variar dependendo da escolha de uma ou outra variável¹⁰⁹. Dessa forma, quanto mais global for a taxa, ou seja, mais fases do ciclo estiverem inseridas no seu cálculo, menor será o seu valor final.

Considerando que cada uma das etapas do ciclo de Fiv pode resultar em fracasso, seu sucesso tem sido medido considerando-se cada ciclo de hiperestimulação hormonal como tentativa ou caso, sendo essa a forma recomendada pela OMS: *“se recomenda empregar as seguintes definições: taxa de gravidez por ciclo de tratamento, que deve incluir todos os ciclos de tratamento, independentemente da coleta ou fertilização de gametas; nascimentos de bebês vivos por ciclo de tratamento: o chamado número “líquido” de bebês”* (OMS, 1992:53).

¹⁰⁹ Segundo Nilson Donadio, um dos primeiros especialistas em reprodução assistida do país, em entrevista, *“toda mulher com 12 óvulos por ano, só tem quatro viáveis, isso até 30 anos de idade e para que haja implantação do ovo, do gameta, a chance de gravidez mensal numa mulher é em torno de 25%. A fertilização in vitro dá a mesma chance, ela recupera a chance dessa mulher, dependendo da idade. Então, cada vez que a mulher recorre à reprodução assistida, se alguém falar que ela tem 30% de chance de engravidar, está forçando a estatística, fazendo uma maquiagem dos dados, a média não passa de 25% por mês de tentativa, se a mulher tem embriões supranumerários, ela tem uma chance acessória para a transferência de embriões descongelados”*.

Segundo dados da OMS, no ano de 1987, para 286 centros de Fiv, distribuídos em todo o mundo, 30.000 mulheres se submeteram a 51.362 ciclos de estimulação, obtendo uma taxa de gravidez de 11,6% por ciclo e 7,6% de nascimentos por ciclo. Se considerarmos os ciclos de transferência como variável, teremos 18,2% de taxa de gravidez e 12,0% de taxa de nascimento por ciclo de transferência, ou seja, o resultado parece ser um pouco melhor, apesar de ainda muito baixo.

Dados do registro francês, de 1988, relativos a 80 equipes (GEFF, 1989), apresentam taxa de gravidez de 16,6% em relação à punção de ovócito, caindo para 12% quando se consideram nascimentos.

O registro americano de 1991, em relatório da American Fertility Society, apresenta uma taxa global de sucesso (Fiv) de 13%, calculada segundo a fórmula nascimento por ciclo estimulado (The American Fertility Society, 1993:956).

Os resultados em Fiv, apresentados pelos Estados Unidos e pela França, dois dos principais países produtores dessa tecnologia, revelam que, do total de tentativas dos casais que se submetem a essa técnica, somente cerca de 13% conseguem obter um nascimento.

É importante observar que o uso da categoria gravidez pode comportar uma série de variações, até porque é obtida num momento inicial do processo. Pode-se ter gravidez bioquímica, gravidez clínica, gravidez ectópica, manifestações da gravidez que podem ou não evoluir para um nascimento. Evidentemente, uma definição mais precoce permite anunciar resultados melhores¹¹⁰.

¹¹⁰ Pizzini observa (1992) que a primeira clínica canadense da Universidade de Laval, Quebec, trabalhou durante seis anos até registrar o primeiro nascimento. No entanto, algumas clínicas canadenses chegam a difundir uma taxa de sucesso de 20 a 25%, sem explicar que esta se refere a gestações obtidas e não a nascimentos. Algumas obtiveram apenas duas gestações, sem nenhum nascimento, após dois anos de trabalho.

No ano de 1995, de acordo com o Registro Latino Americano de Reprodução Assistida, sobre os procedimentos realizados, a partir de dados enviados por 59 centros, foram efetuados 6.962 ciclos de estimulação, sendo 31,2% feitos por clínicas brasileiras e 33,5% por clínicas da Argentina, seguidas pelo México, com 11,6% (Zeger-Hochschild, Prado A., e Galdames I., 1995:9)¹¹¹

¹¹¹ A informação de que foram realizados 6.962 ciclos, no ano de 1995, está em desacordo com os dados presentes na tabela a seguir, da mesma publicação, pois a soma dos ciclos iniciados e dos ciclos suspensos é de 5.077.

Tabela 4

Ciclos de Tratamento e Gravidez Clínica

Segundo Tipo de Procedimento na América Latina 1995

Procedimentos	Resultados			
	FIV	GIFT	OUTROS	TOTAL
Ciclos iniciados	4011	255	82	4348
Ciclos suspensos	701	24	4	729
Aspirações/punções (A)	3310	231	78	3619
Transferências (B)	2747	225	70	3042
Gravidez clínica (C)	676	76	24	776
Parto com ≥ 1 recém nascido(D)	516	62	13	591
% de ciclos suspensos	17,5	9,4	4,9	16,8
% de transferência por:				
aspiração	83,0	97,4	89,7	84,1
% de gravidez clínica por:				
aspiração	20,4	32,9	30,8	21,4
transferência	24,6	33,8	34,3	25,5
% de parto com ≥ 1 recém nascido por:				
ciclo iniciado	12,9	24,3	15,9	13,6
aspiração	15,6	26,8	16,7	16,3
transferência	18,8	27,6	18,6	19,4
gravidez clínica	76,3	81,6	54,2	76,1

A. aspirações - refere-se a aspirações foliculares transvaginais e laparoscópicas, independentemente da recuperação dos ovócitos

B. transferências - refere-se a transferência para o útero e/ou trompa de Falópio de um ou mais embriões e/ou gametas

C. gravidez clínica - refere-se a gestações intrauterinas documentadas ecograficamente, com ao menos um saco gestacional

D. partos - refere-se aos recém nascidos depois de completadas as 20 semanas de gestação

A categoria outros inclui transferência de zigotos ou pró-núcleos para a trompa (ZIFT), transferência de embrião para a trompa (TET) e tratamentos combinados de GIFT e FIV.

Fonte: ZEGER-HOCHSCHILD, Fernando, PRADO A., Jaime e GALDAMES I., Veronica - **Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida**. Red Latinoamericana de Reproduccion Asistida, 1995, p.10.

De acordo com esses dados, o desempenho do procedimento GIFT - transferência intratubária de gametas - é bem melhor do que aquela apresentada pela FIV. A taxa de parto de recém nascido vivo por ciclo iniciado é de 24,3%, contra 12,9% da fertilização *in vitro*. Contudo, fazendo um cálculo da taxa de nascido vivo pelo total de ciclos de Fiv (nº.abs. 4712), portanto considerando tanto o ciclo iniciado como aquele que foi cancelado, verifica-se que somente 10,9% de todos os ciclos resultou em parto de nascido vivo, ou 14,3%, se considerarmos todos os ciclos Fiv em relação à gravidez. Também, nesse caso, o desempenho do procedimento GIFT é melhor: 22,2% de partos com recém nascido e 27,2% de gestações, por total de ciclos. Já, se considerarmos a taxa de sucesso como o número de recém-nascidos vivos pelo total de ciclos, iniciados e suspensos, veremos que somente 12,9% dos procedimentos de fertilização *in vitro* conseguiram alcançar seu objetivo, ou seja, o nascimento de um bebê. Resultado pouco expressivo para técnicas, freqüentemente, apresentadas como revolucionárias, no campo reprodutivo.

Como cada etapa do ciclo de tratamento compreende risco de fracasso, quanto menos etapas considerarmos para o cálculo, melhor a desempenho da técnica. Uma mulher que consegue ter um bebê (via FIV) já passou por vários momentos, já venceu várias etapas do tratamento: seu corpo respondeu ao medicamento, produzindo óvulos em quantidade adequada; submeteu-se à aspiração; no laboratório, seu material, em contato com o do parceiro, produziu a fecundação; os embriões se desenvolveram e, quando da transferência para seu útero, um ou mais de um embrião se implantou; e, após uma gestação cuidadosa, submeteu-se, certamente, a um parto cirúrgico, para a chegada do bebê.

Segundo dados do Registro Latino Americano, 33,6% das fertilizações *in vitro* tiveram como causa de infertilidade o fator tubário, 24,3%, fatores múltiplos, 17,5%, outras causas femininas, 15,1%, fator masculino e 9,3%, causas não especificadas. O melhor desempenho da fertilização *in vitro*, considerando os tipos de infertilidade, é nos

casos de obstrução tubária, a indicação médica que originou a Fiv, 23,8% de taxa de gravidez clínica.

Os resultados da gravidez depois de FIV indicam que 18,9% resultaram em aborto espontâneo, 3,7%, em gravidez ectópica, 1,0%, em natimorto e 76,3%, em partos com um ou mais nascidos vivos. Esses dados são muito superiores àqueles decorrentes das gestações naturais, em média 1% de gravidez ectópica e 10% de abortos espontâneos. Segundo informações do registro francês (Fivnat, 1993), em 1993, a taxa de abortamento espontâneo foi de 18%, de gravidez ectópica, 5,1%, e de gravidez múltipla, 27,3%. Interessante destacar que o registro brasileiro (Franco Júnior e Wehba, 1994) revela, para FIV, taxas muito baixas de gravidez ectópica - 0,01%, contra 6,0 % do registro americano e 4,0 % do registro francês, do mesmo ano - e taxas altas de aborto espontâneo - 24%, contra 19% do registro americano e 18% do francês¹¹².

¹¹² Segundo estudo da OMS (1992:56), a taxa de aborto espontâneo, depois de uma ovulação provocada, é diferenciada, em decorrência do tipo de medicamento utilizado. Assim, entre as mulheres que utilizaram o citrato de clomifeno ela foi de 20%, e em mulheres que receberam preparações de gonadotrofinas foi de 17% a 31%. O mesmo estudo sugere que as variações na qualidade do meio de cultivo empregado contribui para uma maior incidência de aborto precoce.

Tabela 5

Ciclos de Tratamento, Gravidez e Bebês em Casa Segundo Ano

Hospital Pérola Byington - SP

Procedimentos	Resultados	
	1995 n°. abs.	1996 n°. abs.
Ciclos iniciados	154	171
Ciclos com aspiração folicular	104	132
Ciclos cancelados	50	39
Ciclos com embriões transferidos	66	118
Gravidez clínica	9	29
Aborto espontâneo	0	14
Nascimentos a termo (≥ 37 semanas)	9	15
Bebês em casa	9	15
% Gravidez clínica por:		
Ciclo iniciado	5,84	16,96
Aspiração folicular	8,65	21,97
Transferência	13,64	24,58
% de Bebês em casa por:		
Ciclo iniciado	5,84	8,77
Transferência	13,64	12,71
Gravidez clínica	100,0	51,72

Fonte: Ambulatório de Esterilidade Conjugal - Hospital Pérola Byington - S.Paulo

Organizados para esta pesquisa.

Os dados relativos aos procedimentos no Hospital Pérola Byington indicam resultados relativamente menos expressivos daqueles mencionados no Registro Latino-

Americano (do qual o Hospital Pérola Byington também faz parte) e Registro Americano de 1991. Os resultados do ano de 1996 são um pouco melhores daqueles divulgados pela OMS, para o ano de 1987; 11,6% de taxa de gravidez por ciclo iniciado e 7,6% de nascimentos por ciclo. De 733 mulheres atendidas no Ambulatório de Esterilidade, no ano de 1995, 154 iniciaram ciclos de estimulação ovariana; no ano de 1996, de 869 atendimentos, 171 mulheres começaram ciclos de estimulação. Do total de ciclos de estimulação iniciados em 1995, 5,84% resultaram em bebê em casa, mesma taxa apresentada de gravidez clínica, já que não foram registrados abortos ou gravidezes ectópicas. Para o ano de 1996, há um aumento da taxa de gravidez clínica e bebês em casa, apesar de haver registro de aborto espontâneo e gravidez ectópica. Assim, 16,96% dos ciclos iniciados resultaram em gravidez clínica e destas, 8,77% conseguiram levar um bebê para casa. Caso se considerem as taxas de bebês em casa, real objetivo daqueles que se submetem a essas técnicas, para o ano de 1996, 12,71% dos ciclos com transferência de embriões resultaram em bebês em casa. Resultados muito baixos ainda, em face das expectativas criadas em torno desses tratamentos.

Tabela 6

Ciclos de Tratamento, Gravidez e Bebês em Casa Segundo Ano

Cenafert - DF

Procedimentos	Resultados	
	1995 nº. abs.	1996 nº. abs.
Ciclos iniciados	61	105
Ciclos com aspiração folicular	51	97
Ciclos cancelados	10	8
Ciclos com embriões transferidos	51	95
Gravidez clínica	13	23
Aborto espontâneo	2	4
Nascimentos a termo (≥ 37 semanas)	9	14
Bebês em casa*	11	17
% Gravidez clínica por:		
Ciclo iniciado	21,31	21,9
Aspiração folicular	25,50	23,71
Transferência**	25,50	24,21
% de Bebês em casa por***:		
Ciclo iniciado	18,03	16,19
Transferência	21,57	17,89
Gravidez clínica	84,61	73,91

* - Em 1995, incluem 1 prematuro e um trigemelar prematuro. Dos nascimentos a termo, três foram gemelares. Em 1996, incluem 1 gemelar e 1 trigemelar prematuros e 4 nascimentos a termo gemelares. Registra-se também morte neonatal de 2 bebês prematuros e de um trigemelar prematuro.

** - Em 1995 incluem duas transferências de embriões congelados que não resultaram em gravidez. Em 1996, foram transferidos quatro embriões congelados que não resultaram em gestação. Os dados não incluem os resultados relativos a transferências com receptoras de óvulos doados.

*** - Para efeito de cálculo, nos casos de bebês gemelares ou trigemelares, foi considerada a existência de ao menos 1 bebê em casa.

Fonte: CENAFERT - Brasília - DF.

Organizados para esta pesquisa.

Na clínica privada, os resultados dos procedimentos indicam números bastante próximos daqueles observados no Registro Latino Americano, do qual a clínica também faz parte. Chama a atenção a ocorrência de um maior número de gestações gemelares e trigemelares em relação ao observado no serviço público. Pode-se dizer que o desempenho apresentado pela clínica está mais próximo dos dados divulgados pelos registros americano e francês. Considerando o serviço público e a clínica privada, em termos de estrutura, organização do serviço, corpo técnico e equipamento disponível, clientela atendida e o número de procedimentos realizados por ano, acho pouco coerente fazer uma comparação entre os resultados auferidos. Não obstante, pode-se considerar que, em ambos os casos, não se observam diferenças muito substantivas entre os resultados.

Quanto à gestação múltipla via FIV, levantamento mundial, em 1987, mostra uma taxa de nascimentos múltiplos de 24,2%, depois da realização de uma FIV ou GIFT. As taxas de gravidez múltipla são maiores depois da GIFT do que da FIV, 38% e 22%, respectivamente, segundo dados de 1987 - França (OMS, 1992:58). Dados do registro francês (Corrêa, 1997:115) revelam que a mortalidade perinatal nessas gestações é de 13,4 por mil nascidos vivos em gestação com feto único, passa a 32,3 nas gestações gemelares e alcança 54,1, na gestação multifetal, ou seja, representam taxas de mortalidade de três a cinco vezes maiores do que aquelas decorrentes de gestações não produzidas pela fertilização *in vitro*.

As anomalias cromossômicas representam as principais causas de perda de embriões ao redor do período de implantação. Estimam-se em 25% a 30% os embriões produzidos pela FIV com alguma anomalia cromossômica, antes do período de implantação, e em 62% os fetos perdidos por aborto espontâneo, após fertilização *in vitro*, pelo mesmo motivo, taxa que se aproxima daquela encontrada numa concepção natural, que é de 60% (OMS, 1992:59).

Destaca-se entre os recém-nascidos após Fiv uma maior incidência de malformações. Porto (*et alii*, 1993:83) atribui esse resultado ao fato de os casais que realizam Fiv serem mais velhos que a população geral, possuírem uma história de problemas com a reprodução, e serem submetidos a técnicas não naturais para conceber. Os autores citam um estudo realizado, a partir de dados de 55 centros de fertilização assistida, nos Estados Unidos, que revela uma incidência de 2,5% de malformações em gestações únicas e de 6,0% em gestações múltiplas. O Medical Research Internacional registra 34 anormalidades cromossômicas e 28 outras anomalias em 2876 crianças nascidas após Fiv. Em outro estudo mencionado, feito a partir de comparação com os recém-nascidos da população geral, os recém-nascidos após Fiv apresentaram maior ocorrência de malformação no sistema nervoso central, no sistema urogenital, nos membros, no sistema respiratório e em cromossomopatias.

Os embriões congelados são considerados sobreviventes quando, após o descongelamento, 50% das suas células estão intactas; em geral, 35% dos embriões são totalmente preservados após esse procedimento. O tempo de congelamento pode ser de um a dois anos, sem que se lesem os embriões. O momento e a maneira (tipo de técnica empregada) de congelar embriões ainda constitui assunto sujeito a muitas definições. Alguns centros congelam o embrião na etapa blastocisto, outros com oito células. Dados do registro brasileiro e do latino-americano indicam taxas muito baixas de gravidez e nascimento, a partir do uso de embriões congelados.

O registro brasileiro refere dados de apenas 7 centros que executam o processo de criopreservação de embriões. O número de transferências foi de 46, em 1992, resultando em duas gestações clínicas, que evoluíram para um aborto e um nascido vivo. O registro latino americano também revela taxas mais baixas de gravidez e parto com o uso de embriões congelados¹¹³. Durante o ano de 1995, foram transferidos 300 embriões

¹¹³ Esses dados guardam a seguinte relação: quanto maior a idade da mulher e o número de embriões congelados transferidos, menor é a taxa de gravidez clínica. Assim, em 1995, de 8 transferências de dois embriões congelados, em mulheres com idade maior ou igual a 40 anos, nenhuma resultou em gestação

congelados (FIV) que resultaram em 51 gestações clínicas, ou seja, 17%. Destas, 19% resultaram em aborto espontâneo, 1,9%, em gravidez ectópica, e 13,3%, em parto com ao menos um nascido vivo. No caso de transferência de embriões frescos, 24,6% resultaram em gravidez clínica e 18,8%, em parto com ao menos um nascido vivo (Zeger-Hochschild, Prado A. e Galdames I., 1995:18).

Quanto à inseminação artificial, a taxa de sucesso gira em torno de 8% a 12%, em todo o mundo. Uma forma de melhorar a eficiência dessa técnica foi associar a prática de estimulação hormonal da mulher à inseminação; assim, sua prática acabou por se aproximar da fertilização *in vitro*, sem contudo melhorar muito seu desempenho (Corrêa, 1997:110).

Os resultados do uso das técnicas de micromanipulação, como a injeção intracitoplasmática de sêmen (ICSI), apenas começam a constituir uma casuística, sendo portanto ainda precários. O registro latinoamericano revela que a taxa de gravidez clínica, mediante ICSI, segundo número de transferência de embriões, é de 25,3%, para 1995. Já a taxa de malformação de nascidos onde houve emprego de micromanipulações é bem maior do que aquela verificada em outras técnicas. Assim, por exemplo, a taxa de malformação dos nascidos pela ICSI era de 2,2%, em 1995, enquanto a mesma taxa, para FIV, é de 0,3%. Mas o procedimento de micromanipulação que apresentou maior percentual de malformações (4,1%) foi o “hatching assistido” ou “hatching artificial”, que corresponde à fragilização da zona pelúcida dos embriões, antes de sua transferência, através do uso de microagulhas e visa sua melhor implantação no útero.

Um dos principais problemas do uso de micromanipulações de óvulos e embriões é que se sabe muito pouco dos efeitos de tais procedimentos. No caso da ICSI, por exemplo, o espermatozóide é inserido inteiro dentro do óvulo, através de um processo que o pré-seleciona. Se, numa concepção natural, ele se desprende da cauda ao penetrar no

clínica; de 12 transferências de três embriões congelados, em mulheres de mesma idade, nenhuma resultou em gestação clínica; e de 7 transferências de quatro embriões, em mulheres da mesma idade, somente uma resultou em gravidez clínica.

óvulo, nesse procedimento ele entra inteiro e isso pode ter implicações químicas, bioquímicas e genéticas, para o embrião que se constitui. Apesar de haver muitas crianças (a primeira com seis anos), nascidas desse procedimento, ainda é desconhecido o efeito dessa técnica sob uma perspectiva genética, seja da geração atual ou das gerações futuras. Ademais, o procedimento implica o risco de transmissão, ao bebê e sua descendência, do mesmo problema de infertilidade presente no pai. Nos Estados Unidos, ela é permitida, mas encarada como um “ensaio clínico”, ou seja, seus efeitos negativos ainda são uma interrogação.

Mesmo considerando os vários elementos que concorrem para o sucesso das técnicas, parece haver dois aspectos que são fundamentais: trata-se da idade da mulher e do número de embriões transferidos. A idade da mulher tem um papel muito importante no desempenho das técnicas de reprodução assistida. Assim, quanto maior for a idade, a expectativa é de uma resposta menos adequada na hiperestimulação hormonal, fecundação do óvulo e implantação dos embriões. A mesma situação pode ser referida ao número de embriões transferidos: um maior número de embriões transferidos, em mulheres com idade maior ou igual a quarenta anos, apresenta taxas mais baixas de sucesso, não estando muito relacionado com o tipo de infertilidade apresentado.

Os custos envolvidos nas técnicas reprodutivas conceptivas são consideráveis. Como observado anteriormente, as técnicas são complexas, sendo necessária a existência de local adequado para instalação de laboratório, serviço ambulatorial com espaço para realização de pequenas cirurgias, equipamentos de ultra-som e de laboratório para manipulação de gametas e embriões, e equipe de especialistas constituída por médico, biomédico ou biólogo, embriologista, enfermeira e demais profissionais. Os altos custos dos procedimentos são devidos ao laboratório, aos medicamentos utilizados para hiperestimulação, e aos profissionais requeridos para os procedimentos, segundo a especialidade necessária. Em geral, esses profissionais realizaram aprimoramento e especialização, em serviços e clínicas de outros países.

Estima-se que a realização de uma inseminação possa envolver custos de cerca de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais) por ciclo de tentativa, enquanto uma fertilização *in vitro* envolve custos mais altos, em torno de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) a R\$ 6.000,00 (seis mil reais) por ciclo¹¹⁴. O que acaba ocorrendo é que, considerando o desempenho da técnica, apresentado acima, as chances de o processo conduzir ao nascimento de um bebê não são garantidas e pode ser necessário repetir o procedimento algumas vezes, duplicando ou triplicando esses valores. Aliás, algumas clínicas no país já apresentam, aos casais interessados, “um pacote” que inclui três tentativas, anunciando que é mesmo baixa a chance de obter um nascimento na primeira vez. O casal desembolsa cerca de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) a R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais); se conseguir a gravidez, paga o mesmo valor, na primeira ou na terceira tentativa.

Em alguns países da Europa, esses custos são financiados, pelos sistemas de seguro social, no todo ou em parte, caso da França, por exemplo. Segundo Corrêa (1997:101), os casos que ocorrem em serviços privados franceses, em menor número, geralmente, referem-se a situações não previstas em lei ou aceitas por recomendações bioéticas como, por exemplo, solteiros, homossexuais e mulheres na menopausa. Na Austrália, outro importante centro de aplicação das técnicas, elas são financiadas por fundos públicos. Nos Estados Unidos, 85% dos custos são pagos pelos usuários (Mieli, 1996:5). No Brasil, esses custos são cobertos pelos interessados, havendo muito poucos serviços públicos, alguns vinculados a universidades, que facultam o atendimento, sem nenhum custo ou com a parte dos medicamentos coberta pelos casais. Isso de fato implica um custo considerável, já que pode envolver valores em torno de R\$ 800,00 a R\$ 1.500,00, por ciclo, inviabilizando a participação da população de baixa renda.

¹¹⁴ A revista *Bazaar*, em matéria sobre “o preço de um bebê” publicada em agosto de 1997 (*Bazaar*, 1997:182), revela os custos de um centro de reprodução assistida e infertilidade de Nova Iorque. Um ciclo de FIV, incluindo exames de sangue, testes laboratoriais, ultra-som, aspiração de óvulos, avaliação e preparação dos espermatozoides e implantação dos embriões em hospital: US\$ 9,384.00 (nove mil trezentos e oitenta e quatro dólares); medicação mínima requerida: US\$ 1,100.00 (hum mil e cem dólares); anestesia: US\$ 525,00 (quinhentos e vinte e cinco dólares); micromanipulação de sêmen e óvulos: US\$ 2,500.00 (dois mil e quinhentos dólares); congelamento de embriões US\$ 1,000.00 (mil dólares), totalizando US\$ 14,509.00 (quatorze mil quinhentos e nove dólares).

Tentou-se caracterizar neste capítulo a maneira como o desejo de filhos, nas condições em que ele não pode se materializar numa gestação, foi transformado em categoria médica de infertilidade ou esterilidade e apropriado por agentes determinados para tratar do assunto - os especialistas nas tecnologias reprodutivas conceptivas. A medicina inscreve-se no campo da concepção como se todas as situações de não reprodução tivessem somente componentes biológicos e fisiológicos, apresentando as novas técnicas como viabilizadoras do acesso ao embrião.

Contudo, as técnicas apresentam baixo desempenho e alta incidência de efeitos colaterais decorrentes dos medicamentos empregados, além de reforçar uma visão da mulher identificada com a maternidade e a reprodução, já que todos os tratamentos terão lugar em seu corpo.

Pode-se dizer em face da prevalência de um “imaginário” da contracepção no país, representado na busca, pela maioria das mulheres, do controle sobre a fertilidade, que há uma ausência de políticas de prevenção da alta incidência de infertilidades provocadas pela opção da ligadura tubária e pela assistência inadequada à saúde. Essa situação vem reforçar os mecanismos de exclusão das mulheres pela medicina da reprodução, ao possibilitar o acesso à reprodução assistida, às mulheres com condições econômicas privilegiadas, e limitar o acesso das mulheres de baixa renda a esses serviços. Devido à pouca disponibilidade dessas técnicas no serviço público, essas mulheres podem se converter em fornecedoras de óvulos, com o apoio da tecnologia.

Capítulo 4

REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO BRASIL: ESTUDO EMPÍRICO

A reprodução assistida foi introduzida, no Brasil, quase que exclusivamente por iniciativa da medicina privada. Contribuíram para essa situação interesses ligados à medicina privada, à indústria farmacêutica, e de produtos e equipamentos médicos, que já atuavam de maneira difusa no campo da reprodução, além do quadro de falência apresentado pela medicina pública.

Tradicionalmente, as inovações biomédicas têm entrado no país através dos serviços públicos e ou universitários, em razão dos altos custos das pesquisas tecnológicas e da necessidade de pessoal qualificado para seu desenvolvimento. A pesquisa básica e tecnológica é desenvolvida ainda hoje no âmbito da universidade, de seus institutos de pesquisa e hospitais escola. As principais novidades tecnológicas e práticas médicas da área como, por exemplo, transplantes, cirurgias cardíacas e tratamentos de quimioterapia, foram introduzidas pelos grandes hospitais públicos e universitários do país. Aliás, o Estado figurou como um ator central no processo de desenvolvimento tecnológico em saúde na América Latina, uma vez que incorporou esses equipamentos médico-hospitalares aos hospitais públicos e privados (conveniados), no intuito de responder a uma demanda dos profissionais de saúde e da população (Augusto, 1986; Corrêa, 1997).

Com o declínio dos investimentos, no setor público e nas universidades, no início da década de 80, houve uma tendência de alocar os recursos públicos no setor privado por meio da compra de serviços de terceiros, modificando o quadro anterior.

Nesse sentido, a reprodução assistida percorreu um caminho diferenciado, já que chegou ao país, praticamente, por iniciativa da medicina privada, ainda que alguns de seus primeiros especialistas exercessem também atividades ligadas às universidades.

Histórico da Reprodução Assistida no Brasil

A formação dos profissionais que começaram a atuar nessa área, no início dos anos 80, desenvolveu-se basicamente através do contato com médicos estrangeiros que já dominavam essas técnicas, seja por intermédio de estágios em outros países, seja por meio de seminários promovidos, no Brasil, com a presença desses profissionais. A reprodução assistida ainda não é reconhecida como uma especialidade médica. Geralmente, são os profissionais com especialidade em ginecologia e obstetrícia ou andrologia, esta última criada a partir da urologia, que se voltam para a medicina reprodutiva. Esses especialistas organizam-se, em torno da Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, nas Comissões de Reprodução Humana e Reprodução Assistida.

Lopes (1997, em entrevista a esta pesquisadora) menciona o início da reprodução assistida no país:

“A FIV, aqui, começou no início da década de 80, em São Paulo. Na verdade, tinham dois grupos que começaram os trabalhos de FIV. O grupo da Santa Casa, liderado pelo Prof. Nilson Donadio e o grupo de clínica privada que é o Centro de Planejamento Familiar de São Paulo, liderado pelo Prof. Milton Nakamura. Isso culminou com o nascimento do primeiro bebê de proveta,

em 1984, por volta disso e isso tudo foi marcado por um evento que realmente abalou todo o meio médico e a imprensa, porque naquele tempo os óvulos eram colhidos por laparoscopia e uma paciente morreu durante a cirurgia, foi uma paciente do Nakamura, e isso colocou em cheque aquela técnica” (Lopes, 1997).

Em outubro de 1982, antes do nascimento do primeiro bebê de proveta brasileiro, ocorreu um dos primeiros seminários promovidos por especialistas em reprodução humana, que trabalhavam em clínicas privadas, com a presença de médicos estrangeiros, convidados para introduzirem a técnica no país. Realizado no Hospital Santa Catarina, em São Paulo, o “Curso Internacional de Reprodução Humana” contou com a presença de médicos australianos e foi financiado por empresas e empresários privados, tendo o patrocínio da principal cadeia de televisão brasileira, que buscava, naquela ocasião, “registrar” a primeira fertilização *in vitro* no país.

Algumas mulheres inscritas em programas de reprodução de clínicas privadas brasileiras, principalmente em São Paulo, foram selecionadas como “voluntárias” para participação no curso internacional. Elas seriam submetidas a tentativas de fertilização *in vitro*, sob os cuidados de especialistas brasileiros que estariam sendo “supervisionados” pelos médicos estrangeiros. Nessa ocasião, Zenaide¹¹⁵, uma das pacientes “voluntárias” do curso, faleceu quando se submetia a uma punção para retirada dos folículos.

“Zenaide recebeu entre 1,5 a 3 litros de gás carbônico no abdômen...o ovário foi então localizado. O médico

¹¹⁵ Zenaide Maria Bernardo tinha 40 anos quando se submeteu a coleta de óvulos por meio da técnica de laparoscopia. Ela estava no seu segundo casamento, tinha dois filhos e tentava engravidar há dois anos. Após ter perdido as trompas durante uma operação de apêndice, recorreu a Fiv e, era a quarta vez que se

brasileiro que assistia Gianaroli ficou excitado com o que vira. Confirmando os exames prévios, Zenaide possuía quatro folículos. Quando se preparava para a colheita, deu-se o alarma. Zenaide não respirava - quem sabe já há algum tempo - como indicava o tom arroxeadado das unhas. E os médicos - por um motivo que dificilmente será esclarecido - demoraram a perceber isso..." (Reis, 1985).

A morte de Zenaide, num evento que pretendia registrar o primeiro bebê de proveta brasileiro, foi um início muito ruim, de certa forma, colocando em questão as técnicas reprodutivas conceptivas e a capacidade dos profissionais locais em realizá-las.

Posteriormente, em 17 de outubro de 1984, o mesmo médico que atendeu Zenaide, revelou o nascimento do primeiro bebê de proveta no país. Nessa ocasião, outros especialistas que também buscavam ser os "pais" do primeiro bebê, questionaram a informação noticiada. Donadio (Reis, 1985) afirma que já existiriam duas crianças, no país, produzidas pelo mesmo processo, mas que, no entanto, se recusava a revelar sua identidade para que não "sejam estigmatizadas".

"O serviço da Santa Casa foi pioneiro, o primeiro bebê de proveta foi da Santa Casa, colocado em publicações científicas, não na mídia. A gente sabe que o que é colocado na mídia nem sempre é verdadeiro. Até ameaça de morte já teve. Tem gente que fala "se aparecer meu nome na mídia eu te mato", que realmente..." (Donadio, 1998, em entrevista a esta pesquisadora).

submetia a laparoscopia. Segundo Gena Corea, Zenaide foi a primeira mulher a morrer no mundo, ao se submeter às técnicas de reprodução assistida, entretanto não teria sido a única (Ferreira, 1998:118).

Os contatos com médicos estrangeiros se sucederam, chegando a haver a participação, em 1984, dos dois médicos ingleses, responsáveis pelo nascimento do primeiro bebê de proveta do mundo. Em razão desses encontros, com especialistas dos principais centros que já dominavam a técnica da fertilização *in vitro*, a reprodução assistida foi, muito rapidamente, se tornando disponível no país, havendo, hoje, pouca defasagem entre a adoção de alguns processos em países desenvolvidos e sua chegada no Brasil.

Todos os especialistas em reprodução assistida entrevistados para esta pesquisa realizaram estágios ou contatos com médicos de centros estrangeiros, e alegam que esse fato traz mais credibilidade, sendo ainda muito importante para o desenvolvimento de uma carreira, na área.

“A grande maioria dos médicos foi formada no exterior. Nós fomos para Barcelona, depois para a Califórnia e, depois, a Dra. Maria das Dores, que foi quem cuidou primeiro da parte do laboratório foi para a Bélgica e, aí, foram surgindo diversos médicos fazendo treinamento fora e instalando serviços no Brasil. Hoje, já tem muitos serviços sendo multiplicadores aqui dentro do país, mas ainda um grande número de profissionais sai e, também, pelo fator credencial, não tanto pela necessidade de treinar fora, mas para voltar com uma credencial que o coloque numa posição de mais respeito diante da clientela, dizendo “eu treinei no exterior”, mas realmente já se pode treinar dentro do país e formar um bom serviço” (Lopes, 1998 em entrevista a esta pesquisadora)

e

“Eu estagiei em 1966 com o médico chamado Rault Palmer, que foi o primeiro que captou óvulos no mundo inteiro. Os médicos da Louise Brown que anunciaram o primeiro bebê de proveta andaram lá no Palmer, eu também estava lá, inclusive vivi lá sete anos, na França, só que eles foram muito objetivos, o Palmer não, um grande fulano. Ele ensinava muitas coisas e os ingleses pegaram tudo aquilo, em 1974, levaram para a Inglaterra e burilaram um pouco melhor e acabaram anunciando....O médico mais famoso em reprodução humana, na época, era o Rault Palmer, todo mundo ia fazer estágio com ele, todo mundo estava por lá”.
(Donadio, 1998 em entrevista a esta pesquisadora)

Como se pode depreender das falas citadas acima, a maioria dos profissionais que atua nessa área realizou sua especialização e formação fora do país. Quando retornam ao país, passam a desenvolver suas atividades na área privada. Depois do registro do primeiro nascimento através da técnica de fertilização *in vitro*, os centros e clínicas privadas foram surgindo.

“Depois disso, em 1983, 1984, começaram a surgir serviços no Brasil todo. O nosso serviço começou em 1990, a gente começou o primeiro trabalho de pesquisa em Brasília, em 1990. Nesse período já tinham surgido alguns serviços, principalmente em São Paulo, Rio

Grande do Sul. E, logo, em Curitiba, e foram se multiplicando. O nosso primeiro ciclo de fertilização em paciente foi em 1991, e nosso primeiro bebê de proveta nasceu em 1993. Durante esse período, mais centros já estavam em desenvolvimento em diversas cidades, no nordeste, já tinha em Salvador, tinham também em Recife e também em cidades do interior, como Ribeirão Preto e Campinas, e aí foi um boom de aparecimento de serviços. Passou-se um longo período em que nós tínhamos só dois serviços, o serviço do Nakamura e o serviço do Donadio. O final da década de 80 foi marcado pelo surgimento de vários serviços, estava se instalando o pessoal vindo da Europa". (Lopes, 1998, em entrevista a esta pesquisadora)

Serviços Disponíveis no País

A crescente incorporação de tecnologia em saúde, seja na forma de equipamentos médicos, seja na formação do profissional, já que ela termina por transformar-se em prática, tem consideráveis implicações para os cursos médicos do país. Os profissionais necessitam, cada vez mais, estar familiarizados com uma série de novos equipamentos que vão implicar o estabelecimento de novas práticas clínicas. Não se trata mais de ouvir, tão somente, a história clínica do paciente, mas contar com poderosos instrumentos e equipamentos que irão mediar o contato com o cliente e "descobrir" o que se passa em seu corpo. O uso desses recursos passa, com maior frequência, a ser legitimador das práticas que enseja (Augusto, 1986).

Com a introdução crescente desses equipamentos, há necessidade de constante atualização do profissional médico. Fala-se que o conhecimento atual em medicina não seria superior a dez anos, tornando obsoleto, em pouco tempo, o ensino adquirido nos

cursos médicos (Augusto, 1986). Dessa transformação no campo da saúde resulta uma fragmentação do ato clínico em numerosas práticas, que fomenta a especialização médica em detrimento do atendimento pelos generalistas.

No caso específico da reprodução assistida, os profissionais médicos com interesse em atuar nesse campo devem buscar a especialização através de estágio em algum serviço¹¹⁶, ampliando seu tempo de formação e os custos a ele inerentes.

Se o custos de formação desses profissionais são altos, também são consideráveis os recursos necessários para a instalação de um serviço. Laboratórios adequadamente equipados, centro cirúrgico, alguns leitos, equipamentos de ultra-sonografia, pessoal técnico para laboratório, geralmente, biólogos e biomédicos, profissionais médicos de apoio, como embriologista, obstetra, andrologista e ginecologista, além do especialista em reprodução humana, que pode ter uma dessas especializações. Segundo alguns médicos consultados no Hospital Pérola Byington, os altos custos em reprodução assistida devem-se ao laboratório, aos profissionais envolvidos e aos medicamentos. Esse custo de formação dos profissionais e dos equipamentos necessários é uma das razões pelas quais os procedimentos ainda se concentram nas clínicas privadas.

Os convênios médicos, empresas médicas que têm progressivamente assalariado grandes parcelas desses profissionais, praticamente, não cobrem os custos desses procedimentos. Em geral, os usuários que possuem esses planos conseguem realizar alguns exames com cobertura, como revelam os usuários entrevistados do serviço público e, também, da clínica privada¹¹⁷.

¹¹⁶ Segundo um dos médicos do Hospital Pérola Byington, o aprimoramento e especialização em outras clínicas e serviços fora do país deve-se ao fato de que "lá fora" haveria menor concorrência e receio do profissional médico em transmitir seus conhecimentos. Atualmente, com os recursos disponíveis no país, já é possível ao profissional realizar aqui sua especialização. Contudo, a concorrência e o medo de perder a pouca clientela em condições de pagar por procedimentos tão caros, concorrem para dificultar o aprendizado.

¹¹⁷ Alguns entrevistados do serviço público utilizaram seus convênios médicos, geralmente de empresas, para tratamentos voltados à infertilidade. Quase todos os casos relatados implicaram a realização de exames desnecessários, procedimentos invasivos, de maior custo e risco antecedendo procedimentos mais simples. Em regra, as pessoas mencionam a existência de uma expectativa positiva inicial, pois estariam

No país, existem alguns serviços que fazem atendimento da população com menores condições de arcar com os altos custos da reprodução assistida. O serviço do Hospital Pérola Byington, em São Paulo, parece figurar como o único essencialmente público e gratuito, recebendo inclusive usuárias e usuários de outros estados. Corrêa (1997:162) e Ferreira (1998) mencionam a existência de outros serviços, ligados a universidades, como na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), na Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP) na Universidade de São Paulo, no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina (este último estava sendo reestruturado, quando da redação deste texto). Na Escola Paulista de Medicina, atual Universidade Federal de São Paulo, há o Centro de Reprodução Humana; há também o serviço do Hospital Materno-Infantil, ligado à Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal. Em um dos textos consultados (Goldstein, 1993:73), há referência a um Programa de Esterilidade Conjugal do Hospital Municipal Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha. Como a publicação é do ano de 1993, não se sabe se o programa ainda existe.

Esses serviços oferecem pelo menos uma das técnicas de reprodução assistida, além de tratamentos convencionais para infertilidade. Geralmente, ofertam a técnica de inseminação artificial para casais, a mais simples delas, quando não há a necessidade de doador. O serviço da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto, da Universidade Estadual de Campinas, e do Hospital Materno-Infantil de Brasília fazem fertilização *in vitro*. Os usuários desses serviços, em muitos casos, devem arcar com os medicamentos necessários aos procedimentos. Como os medicamentos representam importante parcela dos gastos com as tecnologias reprodutivas conceptivas, acabam por inviabilizar o atendimento à população de baixa renda. Ademais, esses serviços costumam apresentar uma longa fila de espera, muitas vezes de um a dois anos para realizar um procedimento.

utilizando um serviço privado e, imaginavam que, pagando, estariam sendo bem atendidas. O sentimento final é de que perderam muito tempo.

Os exames necessários ao andamento dos tratamentos são realizados na rede pública ou nas dependências dos próprios serviços e, em razão do sucateamento do serviço público, há relativa espera para obter seus resultados. Num caso observado no serviço do Hospital Pérola Byington, a usuária chegou a esperar oito meses pelo resultado de um exame realizado no Hospital das Clínicas. Muitas usuárias que possuem convênios privados de saúde costumam utilizá-los para agilizar o tempo de espera para a realização dos procedimentos, o que acaba por introduzir uma circunstância diferenciada no serviço público. As usuárias que só podem dispor dos recursos do Estado permanecem mais tempo à espera de atendimento, colaborando para reforçar as dificuldades existentes no atendimento à saúde da mulher.

Vários aspectos de âmbito estrutural dificultam o atendimento nesses serviços, além de estarem sujeitos à conjuntura política e administrativa dos órgãos a que estão ligados. Assim, em razão da incapacidade de investimento do setor público, muitas vezes os equipamentos quebram e levam longo tempo para serem restabelecidos. Em algumas ocasiões, há falta de material adequado, como sondas para inseminação e, mesmo, medicamentos. Os médicos ligados aos serviços acreditam ser muito difícil sua ampliação, em razão da dificuldade de gerenciar algumas questões, no setor público. Por exemplo, como instituir um banco de sêmen ou o congelamento de embriões? O serviço conseguiria responder eficazmente à aquisição de material para sua conservação, já que a ausência de hidrogênio líquido seria suficiente para comprometer o material congelado? Ademais, há o aspecto legal e ético, de quem, em última instância, seria o responsável pelo material congelado.

As mudanças de cunho administrativo a que esses serviços estão sujeitos (mudanças de direção, corte no orçamento, falta de recursos para manutenção dos

programas), podem implicar o comprometimento dos serviços prestados, havendo um aumento no tempo de espera¹¹⁸.

Estudo publicado por Fernandes e Bahamondes (1995:31), sobre os hospitais universitários de Campinas (UNICAMP e PUCCAMP), revela ser alta a taxa de abandono nesses serviços. Entre 1980 e 1982, 65,6% do total de casos considerados abandonou os serviços. Do total de mulheres que abandonou os serviços, 68,4% o fizeram após a primeira consulta e com propedêutica incompleta. Quanto ao tipo de esterilidade, os casais com esterilidade secundária (já possuem um filho) abandonaram mais o tratamento, (45,1%); mulheres com antecedente de laqueadura também apresentaram maior taxa de abandono que outros tipos de esterilidade (51,1%). Nesses casos, pode-se inferir que aqueles casais com um ou mais filhos já realizaram seu desejo, pelo menos em parte, e são mais suscetíveis às dificuldades presentes no tratamento.

Essas altas taxas de abandono estariam associadas: ao grande número de retornos requeridos, à diversidade dos testes a serem realizados, a situações de ausência de diagnóstico, à necessidade de ter de arcar com os medicamentos, à dificuldade ou impossibilidade de poder reverter uma ligadura tubária e à insatisfação com o atendimento recebido¹¹⁹. Ademais, muitos casais chegam aos serviços com uma expectativa de rápida resolução do problema, geralmente em decorrência do tipo de “marketing” realizado, pela mídia, sobre as técnicas. Abandonam os serviços, quando se deparam com a necessidade de muitos exames e procedimentos.

Entretanto, se a reprodução assistida tem como sua maior clientela integrantes das classes com alto poder aquisitivo, em condições de arcar com seus custos, há uma

¹¹⁸ No final do ano de 1998, em decorrência de desdobramentos da eleição para o governador do Estado, o serviço do Hospital Pérola Byington sofreu mudanças na equipe de direção, havendo uma redução no número de atendimentos, adiamento de procedimentos agendados, e suspensão da implantação da técnica ICSI.

¹¹⁹ No Hospital Pérola Byington não havia informação sobre a taxa de abandono dos casais. Contudo, cabe ressaltar que, muitas vezes, apesar de todas as dificuldades, os casais relutam em abandonar o serviço, pois não vislumbam outra alternativa de atendimento. Como a técnica em reprodução assistida possibilita

considerável parcela da população brasileira que enfrenta problemas de fertilidade e para as quais os poucos serviços públicos existentes representam a única alternativa para atingir a tão sonhada gestação.

No entanto, se os custos são altos e existem as dificuldades apontadas acima, para a manutenção dos serviços públicos ou ligados às universidades, a situação de saúde da população brasileira revela um conjunto tão grande de carências que fica difícil pensar numa grande ampliação da oferta dessas técnicas. Atualmente, esses serviços trabalham com uma capacidade bem abaixo daquela demandada pelos usuários. No entanto, não se justificaria uma estratégia de oferecer substantivamente essas técnicas, no sistema público de saúde, quando várias questões básicas de atendimento à saúde da mulher como, por exemplo, a contracepção, o acompanhamento pré-natal, o atendimento ao parto e o diagnóstico de câncer não são cobertas adequadamente.

Defendendo essa posição manifestaram-se médicos do serviço público e, também, algumas usuárias. Vale destacar que a maioria dos médicos que atuam no ambulatório de esterilidade conjugal do Hospital Pérola Byington também exercem atividade em suas clínicas particulares.

Durante a realização de entrevistas com os profissionais médicos, houve várias menções à necessidade de ofertar as técnicas de reprodução assistida, às mulheres de baixa renda. Aliás, essa questão parece ser uma constante, nas falas dos profissionais que se especializam nessa área. Reis (1985) revela em seu estudo sobre a Fiv, a partir de matérias publicadas na imprensa brasileira, de 1979 a 1985, período de introdução da técnica no país, que os primeiros profissionais já “sonhavam” com a criação de serviços voltados à população de baixa renda.

“dar” filhos biológicos aos casais, eles revelam muita resistência à hipótese de adoção, como revelam as entrevistas.

“Nakamura pretende, a partir do ano que vem, estender a técnica (FIV) para as mães de baixo poder aquisitivo. Para isso, quer implantar o mesmo sistema desenvolvido na Austrália, onde existem comissões de representantes da comunidade para angariar fundos destinados à popularização da técnica. O sistema deu certo e agora serve também como referencial para pesquisa...”
(22.11.1984 apud Reis, 1985:4)

e

“Quando, em 81, eu comecei a me preocupar com a reprodução assistida, eu resolvi montar na Santa Casa, porque achei que nós devíamos oferecer isso para o rico e para o pobre. A Santa Casa era ultra católica, tocada por irmãs, padres, mas o provedor, naquela época, era um pediatra, ele não era leigo mas não tinha muita coisa com religião. Para um serviço público, não era público, porque eu estava fazendo para o doente, eu pagava tudo, quem pagava era o médico. Eu tirava do meu lucro para dar. Eu cobrava bastante caro do particular e atendia os pobres, eu me divertia, gostava muito mais do doente da Santa Casa...” (Donadio, 1998 em entrevista à pesquisadora)

e

“ A grande maioria é de serviços privados, um pequeno número de serviços públicos, muito pequeno, poucos ligados a universidades. Para se ter uma idéia nós temos

uma luta muito grande para inaugurar um serviço público aqui desde que, aliás eu só inaugurei o serviço privado porque não conseguimos inaugurar no público, nós não tínhamos interesse de inaugurar um serviço privado, é muito caro, você tem que estar num constante upgrade, um upgrade caro e, nós que fomos formados dentro do serviço público, sentíamos a necessidade que o serviço público tivesse toda a extensão da assistência. Isso tornava bastante desconfortável eu conviver com uma situação em que eu tenho medicina de ponta na minha clínica privada e não posso oferecer isso no serviço público. E isso sempre me colocou uma posição de ver isso como injustiça social e me fez lutar para que a gente tivesse um serviço de reprodução assistida em Brasília” (Lopes, 1998 em entrevista a esta pesquisadora)

Lopes (et alii, 1998) chegou a organizar um programa de “doação compartilhada de óvulos”, articulando sua clientela de clínica privada com aquela do serviço público¹²⁰. Esse programa teve início, particularmente, porque o serviço disponível no Hospital Materno Infantil de Brasília, fazia um atendimento bastante limitado, já que não possuía laboratório sendo impedido de realizar até mesmo uma inseminação artificial. A proposta, nesse sentido, possibilitou atender a demanda da clínica privada por óvulos, para os procedimentos, e diminuiu a fila de espera, pela FIV, no serviço público. Essa última usuária realizará a fertilização *in vitro*, sem custos, nas dependências da clínica privada.

¹²⁰ Conversei com duas mulheres que haviam participado do programa de doação de óvulos. Uma delas chegou a tomar a medicação, mas teve uma produção baixa de óvulos, não chegando, portanto, a doá-los. Disse que se sentiu extremamente culpada por não ter conseguido produzir óvulos suficientes para si e para a receptora, que pagou o seu medicamento. A outra doadora, na verdade, era cliente da própria clínica privada. No entanto, como se tratava de uma mulher oriental e, nesse caso, há poucas mulheres no serviço público com esse tipo de ascendência, foi convidada a fazer a doação de óvulos para uma outra cliente da clínica privada.

Esse programa revela como as técnicas também permitem um reforço de classes distintas de mulheres. Aquelas que têm condições econômicas e podem buscar o filho desejado, e aquelas que não possuem as condições e tornam-se fornecedoras de óvulos, com o apoio da tecnologia médica. Ademais, nesse caso, as mulheres de baixa renda só podem “sonhar” com o acesso ao bebê de proveta se houver uma mulher com condições econômicas que precise de óvulos.

A concentração das atividades de reprodução assistida no setor privado da medicina poderia estar relacionada ao perfil sócio-demográfico e sanitário da população brasileira ou a políticas de emprego dos recursos públicos por parte do Estado. No entanto, como assinala Corrêa (1997:180), essa situação parece não estar relacionada a qualquer tipo de racionalidade. As técnicas teriam se desenvolvido no âmbito privado da medicina em razão da existência de uma forte demanda de clientela para isso. E pelo fato de haver uma pequena participação da universidade, também não ocorre investimento em pesquisas na área, que poderiam vir a reduzir a dependência da tecnologia e das descobertas de outros centros, concorrendo para reduzir o valor de alguns procedimentos.

No entanto, em face desse quadro, as técnicas são amplamente conhecidas no país e muitas pessoas alegam, inclusive, que se submeteriam a esses tratamentos caso tivessem algum tipo de infertilidade. Essa situação não deve ser desvinculada da sistemática divulgação das técnicas pela mídia impressa e televisiva, com anuência e, também, iniciativa de muitos dos profissionais da área. Além disso, estudo realizado por Ferreira (1998) revela que, apesar de haver vários profissionais nessa área, somente dois ou três estão frequentemente nos meios de comunicação. Ou seja, cria-se uma idéia de que as técnicas podem “resolver” os problemas de fertilidade e que o bebê de proveta responde à demanda por filhos; contudo, elas só estão disponíveis para uma pequena parcela da população que pode pagar por esses procedimentos. Os interessados nas tecnologias reprodutivas conceptivas que possuem baixa renda precisam buscar os poucos serviços públicos disponíveis e enfrentar as dificuldades neles existentes.

Perfil da População Atendida - Hospital Pérola Byington

As tabelas apresentadas a seguir referem-se a informações obtidas junto à Diretoria de Informática do Centro de Referência da Saúde da Mulher - Hospital Pérola Byington, no segundo semestre de 1998, a partir do agendamento de consultas ao Ambulatório de Esterilidade Conjugal, no período de 1993 (janeiro a dezembro) até agosto de 1998, excluídos os registros duplicados.

Em contato com a Diretoria de Informática, solicitei várias informações constantes da ficha de atendimento das usuárias. No entanto, havia poucos dados que poderiam ser recuperados pelo sistema. Existe uma ficha inicial da triagem, com várias informações sobre as usuárias do Centro de Referência como um todo; contudo, não é possível saber quem passou pelo Ambulatório de Esterilidade. A solução foi utilizar os dados do agendamento de consultas e exames elaborado diariamente, havendo, nesse caso, perda de algumas referências. Por exemplo, o quesito cor não está disponível (não é informatizado) nessa ficha. Atualmente, o Centro está reformulando e informatizando todas as fichas de controle de usuárias e, futuramente, os dados estarão disponíveis. A Diretoria de Informática organizou os dados a partir de uma proposta elaborada pela pesquisadora, contendo, por exemplo, faixas etárias específicas.

Como se observará, as tabelas apresentam números totais diferenciados, de acordo com a variável considerada. Isso se deve ao fato de a informação ser preenchida pela usuária na ficha, havendo alguns campos com um menor número de registros. Assim, por exemplo, há mais registros sobre idade (7579), do que sobre local de residência (7492), ou mesmo profissão (com 5869 registros).

Tabela 7

Pacientes Atendidas no Ambulatório de Esterilidade

Hospital Pérola Byington

Segundo Ano

ANO	MULHERES ATENDIDAS	
	n.abs.	%
1993	743	9,80
1994	1832	24,16
1995	733	9,67
1996	869	11,46
1997	1660	21,89
1998*	1746	23,02
TOTAL	7583	100,0

* dados até agosto de 1998.

Fonte: Hospital Pérola Byington - Diretoria de Informática

A primeira tabela refere-se ao número de pacientes atendidas no Ambulatório de Esterilidade Conjugal, de 1993 (janeiro a dezembro) até agosto de 1998. O serviço foi iniciado em 1991, portanto há oito anos. Entretanto, os dados desse período inicial não estão disponíveis. O primeiro aspecto que chama atenção é a diversidade do número de usuárias atendidas no serviço, ano a ano. Assim, no ano de 1993, 743 mulheres passaram pelo Ambulatório de Esterilidade Conjugal, o que corresponde a 9,79% dos atendimentos, no período considerado. No ano de 1994, os atendimentos mais que dobraram, indo para 1832. Teria havido um substantivo aumento da equipe de médicos e outros profissionais? Alguns profissionais do ambulatório e da diretoria de informática consultados sugerem que o aumento é devido a um outro fator, trata-se de um ano eleitoral. Segundo esses profissionais, em anos de eleição, o Hospital Pérola Byington aumenta substantivamente o

número de atendimentos. Essa situação estaria ligada ao fato de o então diretor do Hospital ter sido candidato, nas eleições de 1994 e de 1998. Nessas ocasiões, ele está mais presente na mídia, chegando até a ter um programa de rádio para falar sobre saúde da mulher. Sua maior exposição, abordando a própria instituição, seus atendimentos e serviços, acarretaria um aumento da demanda. Assim, em meados do ano de 1998, o número de atendimentos já superava aquele realizado no ano anterior.

Tabela 8

Pacientes Atendidas no Ambulatório de Esterilidade Segundo Idade
Hospital Pérola Byington

ANO	FAIXA ETÁRIA						Total
	0-19 n.abs.	20-25 n.abs.	26-30 n.abs.	31-35 n.abs.	36-40 n.abs.	acima 40 n.abs.	
1993	24	98	189	232	150	50	743
1994	39	261	470	528	386	146	1830
1995	17	100	200	226	138	52	733
1996	13	146	191	259	203	57	869
1997	27	225	380	491	378	159	1660
1998*	19	268	422	518	342	175	1744
%	1,8	14,5	24,4	29,7	21,1	8,4	100,0
Total	139	1098	1852	2254	1597	639	7579

* dados até agosto de 1998.

Fonte: Hospital Pérola Byington - Diretoria de Informática

A tabela acima revela que a maior parte dos atendimentos ocorre entre mulheres de 31 a 35 anos (2254), correspondendo a 29,7% daqueles realizados no período 1993 a 1998. Em seguida, tem-se a faixa etária de 26 a 30 anos, com 1852 atendimentos. Como a prevalência é da faixa etária de 31 a 35 anos, essa situação pode indicar que as mulheres já tenham passado por outros serviços antes de chegar ao Pérola Byington, pois, em regra, a

percepção de que há algum problema para engravidar ocorre num prazo de um ou dois anos.

Tabela 9

Pacientes Atendidas no Ambulatório de Esterilidade Segundo Estado Civil

Hospital Pérola Byington

Estado Civil	Ano						Total	
	1993	1994	1995	1996	1997	1998*	n.abs.	%
Solteira	146	307	123	128	216	123	1043	13,85
Casada	429	1289	529	595	1229	1287	5358	71,15
Viúva	14	15	5	9	9	5	57	0,76
Desquitada	11	30	5	8	7	5	66	0,88
Separada	7	14	2	7	12	12	54	0,72
Amasiada	31	98	50	48	158	271	656	8,71
Divorciada	16	38	12	18	28	32	144	1,91
Sem informação	89	41	7	3	1	11	152	2,01
Total	743	1832	733	816	1660	1746	7530	100,0

* até agosto de 1998.

Fonte: Hospital Pérola Byington - Diretoria de Informática

De acordo com a tabela acima a maioria das mulheres atendidas é casada, correspondendo a 71,15%. Chama a atenção que o segundo grupo é formado por mulheres solteiras, com 1043 registros, representando 13,85% do total de atendimentos no período. Nesse caso, provavelmente, as mulheres devem ter um parceiro fixo por pelo menos 1 ano, já que se trata de um pré-requisito para entrar no programa. O número de mulheres que se declaram amasiadas aumentou sua participação no período em referência, passando de 31 a 271 registros. As mulheres divorciadas, assim como as solteiras, também devem possuir um parceiro fixo há, pelo menos, um ano. Nesse caso, pode ser que estejam num segundo casamento.

Tabela 10

Pacientes Atendidas no Ambulatório de Esterilidade Segundo Residência

Hospital Pérola Byington

Residência	Ano						Total	
	1993	1994	1995	1996	1997	1998*	n.abs.	%
Norte	1	0	0	0	2	1	4	0,0
Nordeste	0	1	1	1	5	4	12	0,1
Centro-Oeste	0	3	0	0	2	5	10	0,1
Sul	0	5	0	2	8	11	26	0,3
Outros Estados do Sudeste	5	17	2	9	33	58	124	1,6
Município de S.Paulo	572	1360	543	556	1059	1004	5094	68,0
Grande S.Paulo	59	261	144	142	442	388	1436	19,1
Outros municípios do Estado S.Paulo	76	179	43	106	109	273	786	10,4
Total	713	1826	733	816	1660	1744	7492	100

* até agosto de 1998.

Fonte: Hospital Pérola Byington - Diretoria de Informática

Considerando a informação de residência da população atendida no serviço, 67,99% das usuárias no período mora no município de São Paulo, 19,16%, em municípios da Grande São Paulo, e 10,49%, em outros municípios do Estado de São Paulo. Destaca-se a presença considerável de mulheres que residem em outros estados, seja da própria região sudeste, seja de outras regiões do país, indicando a carência de serviços similares nessas localidades implicando a necessidade de grandes deslocamentos das usuárias para atendimento. Essa situação torna-se mais difícil caso elas iniciem um procedimento como

o de fertilização *in vitro*, devido à necessidade de uma presença quase diária no serviço, para tomar a medicação e acompanhar o ciclo.

Tabela 11

Pacientes Atendidas no Ambulatório de Esterilidade Segundo Profissão
Hospital Pérola Byington

Profissão	Ano					Total	
	1993	1994	1995	1996	1998*	n.abs.	%
1.Engenheiro, arquiteto, agrônomo	1	4	0	1	5	11	0,19
2.Químico, físico, farmacêutico	0	2	1	0	3	6	0,10
3.Veterinário, biólogo	1	1	3	1	0	6	0,10
4.Enfermeiro, médico, dentista	14	29	6	10	24	83	1,41
5.Nutricionista, fisioterapeuta	5	7	1	4	5	22	0,37
6.Administrador, contador	4	9	2	4	7	26	0,44
7.Advogado, sociólogo	5	6	5	5	6	27	0,46
8.Bibliotecário, museólogo	1	2	2	0	0	5	0,08
9.Prof. das artes, relações públicas	0	2	1	4	6	13	0,22
10.Técnicos	21	35	15	15	40	126	2,15
11.Empresário, comerciante	1	1	1	17	28	48	0,82
12.Jornalista, publicitário	3	2	0	1	5	11	0,19
13.Professor(1º, 2º e 3º graus)	23	70	26	40	93	252	4,29
14.Joalheiro, ourives	10	28	6	0	0	44	0,75
15.Pilotos e motoristas	1	1	1	0	3	6	0,10
16.Servidores dos três poderes	8	26	9	13	19	75	1,28
17.Membros F.Armadas e militares	0	0	0	1	0	1	0,02
18.Cargos de direção e assessoria	8	11	1	3	10	33	0,56
19.Aux.de escritório, caixa,bancário	42	82	36	43	91	294	5,00
20.Secretária, recepcionista	25	80	23	33	73	234	3,99
21.Comércio, vendas	21	62	17	31	67	198	3,37
22.Profissionais de beleza	11	32	14	17	37	111	1,89
23.Ascensorista, faxineira,camareira	13	50	21	14	30	128	2,18
24.Trabalhadores da indústria	1	1	1	2	3	8	0,14
25.Turismo	1	0	0	1	0	2	0,03
26.Serv.auxiliares	16	27	13	8	42	106	1,81
27.Doméstica, diarista	42	63	46	36	113	300	5,11
28.Costureira	0	5	3	8	62	78	1,33
29.Aposentado	1	1	1	0	1	4	0,07
30.Estudante, estagiária	8	14	8	3	23	56	0,95
31.Do lar	315	839	309	356	674	2493	42,48
32.Desempregado	1	5	2	2	3	13	0,22
33.Outros	77	277	129	117	267	867	14,78
32.Sem declaração	63	58	30	26	5	182	3,10
Total	743	1832	733	816	1745	5869	100,0

*Dados até agosto de 1998; dados de 1997 não disponíveis.

Fonte: Hospital Pérola Byington - Diretoria de Informática (tabulação especial)

A distribuição das usuárias segundo a profissão revela uma preponderância de mulheres exercendo o trabalho doméstico, com 42,47% dos registros no período considerado. Posteriormente, temos a distribuição das usuárias em outras profissões predominantemente femininas. Deve-se considerar que o Hospital Pérola Byington vem atendendo uma população bastante diversificada com a presença de várias mulheres exercendo profissões que requerem uma maior escolaridade e podem implicar maiores rendimentos. Nesse sentido, poderíamos considerar que o serviço não vem atendendo só mulheres de baixa renda. Pode-se supor que os altos custos das técnicas em reprodução assistida são restritivos até para aquela parcela da população interessada que recebe melhores rendimentos, na medida em que mais de uma tentativa pode ser necessária.

Experiências femininas e masculinas com as técnicas de reprodução assistida

O texto a seguir trata das narrativas de mulheres e homens, sobre suas vivências e experiências na busca por filhos, por meio do acesso às técnicas de reprodução assistida. Certamente, não é tarefa muito fácil apresentar ao leitor deste trabalho toda a riqueza contida nas diversas histórias, repletas de dificuldades, ansiedade e sofrimento, que me foram confiadas. Ao mesmo tempo, essas narrativas permitem uma aproximação com toda a complexidade envolvida na busca pela maternidade e paternidade que a abordagem da tecnologia e dos dados sobre reprodução humana não revelam. Ademais, as histórias contadas fornecem elementos essenciais para a reflexão sobre como as técnicas têm sido de fato aplicadas no país e quais são seus principais desdobramentos éticos e sociais, que serão abordados no próximo capítulo.

Como mencionado na Introdução, no item Percurso Metodológico, as entrevistas foram obtidas em dois serviços voltados ao tratamento da infertilidade, no país: a Clínica de Esterilidade Conjugal do Centro de Referência da Saúde da Mulher - Hospital Pérola Byington, em São Paulo, e o CENAFERT, em Brasília, durante o primeiro semestre de 1998. A tabela a seguir fornece o perfil dos entrevistados nesses serviços. No caso do Hospital Pérola Byington, as entrevistas foram realizadas no Ambulatório da Clínica de Esterilidade, quando as usuárias e usuários estavam aguardando uma consulta ou realização de exames. Na clínica privada de Brasília, o procedimento foi distinto. A chefe do laboratório da clínica contatou previamente algumas usuárias e usuários, segundo o critério solicitado pela pesquisadora: mulheres que estivessem fazendo tratamento no momento da entrevista, mulheres que tivessem obtido sucesso com ele (estar grávida) e mulheres que não tivessem obtido sucesso (ter abandonado ou já ter feito algumas tentativas sem sucesso). Diante da disponibilidade para falar sobre suas experiências em tratamentos voltados à infertilidade, os usuários foram procurados posteriormente na data agendada para a entrevista. Nesse sentido, em razão de haver intermediação no contato com a usuária, uma seleção prévia feita por membros da própria clínica, o número de entrevistas realizadas nesse serviço foi bem menor, num total de seis, do que aquelas realizadas no serviço público, num total de vinte e cinco, quando tive acesso livre às usuárias e usuários. Posteriormente, solicitei da clínica indicações, para entrevista, de alguns homens que tivessem problemas de fertilidade, o chamado fator masculino. Foram seguidos os mesmos procedimentos das outras entrevistas. As entrevistas com usuárias da clínica privada ocorreram, na maioria das vezes, na casa das próprias entrevistadas. No caso dos homens, foi utilizado um espaço comercial (sala reservada) para sua realização.

Neste capítulo, para efeito de abordagem das entrevistas, optou-se por transcrever alguns trechos, segundo um grupo de descritores que, a meu ver, podem fornecer uma visão de conjunto sobre a reprodução assistida e a percepção de mulheres e homens sobre o processo que estão vivendo. Esses descritores correspondem aos principais temas abordados durante as entrevistas.

Durante a realização das entrevistas, procurou-se interferir o menos possível no relato das pessoas, cabendo à entrevistadora algumas intervenções para buscar clarear algumas observações e falas dos entrevistados. Nesse sentido, todos os trechos das entrevistas contidos neste capítulo estão com grafia em itálico e as intervenções da entrevistadora estão na grafia utilizada no conjunto do texto. O nome das (os) entrevistadas (os) foi alterado objetivando manter seu anonimato. Após cada citação, há nome da entrevistada, idade, ocupação atual, causa da infertilidade, situação de tratamento em que se encontrava no momento da entrevista, número de filhos, se houver, e se é usuária do serviço público - Pérola Byington - ou da clínica privada - Cenafert.

Como observa Bourdieu (1997), o processo de recolher o discurso do entrevistado e transcrevê-lo submete o registro a duas situações difíceis de conciliar: as obrigações de fidelidade a tudo que foi manifesto durante a entrevista e as leis de legibilidade que impedem a transcrição de vir acompanhada de notas fonéticas que possam restituir tudo (a voz, a pronúncia, a entonação, o ritmo) que se perde, na passagem do oral para o escrito. Nesse sentido, o ato de transcrever *“é necessariamente escrever, no sentido de reescrever: como a passagem do escrito para o oral que o teatro faz, a passagem do oral ao escrito impõe, com a mudança de base, infidelidades que são sem dívida a condição de uma verdadeira fidelidade”* (Bourdieu, 1997:710).

É, portanto, partindo dessa perspectiva tratada por Bourdieu que se tomou o discurso dos entrevistados. Ou seja, o processo de transcrever desfaz, inevitavelmente, uma série de referências presentes nas falas ou situações durante a entrevista. Ademais, a própria maneira de utilização das falas dos entrevistados na confecção deste capítulo, mediante um recorte que segue uma lógica particular orientada para uma interpretação, também acaba por fragmentá-las retirando um pouco de sua força.

No entanto, a meu ver, era imperativo, proceder a algumas “limpezas” no texto, de forma a melhorar sua leitura e compreensão. Assim, em respeito aos entrevistados, já que no contexto de suas falas havia, às vezes, muita ansiedade e apreensão, decidi retirar do texto certas redundâncias verbais ou tiques de linguagem (os “né”, “então”, “ai”), corrigir algumas concordâncias verbais e nominais, mas não substituí uma palavra por outra.

Tabela 12

Perfil das Pessoas Entrevistadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher - Hospital Pérola Byington - São Paulo
Maio/Julho de 1998

NOME	IDADE	ESTADO CIVIL	RAÇA	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO ATUAL	CAUSA DA INFERTILIDADE	SITUAÇÃO *	Nº. DE FILHOS
Zilda	30	casada	branca	2º grau completo	desempregada	ESCA	3ª. inseminação	0
Claudia	30	casada	branca	1º grau completo	micro-empresária confecção	obstrução tubária	2ª. FIV grávida	0
Dirce	30	casada	branca	2º grau completo	Policial militar	incompatibilidade no casal	3ª. inseminação	0
Fátima	34	casada (2º.)	parda	1º grau completo	desempregada	seqüelas de aborto	2ª. inseminação	0
Rosa	27	casada	branca	2º grau	auxiliar de escritório	ESCA	2ª. inseminação	0
Sônia	36	casada (2º.)	parda	1º grau incompleto	dona de casa	ESCA	3ª. inseminação	1
Joana	37	casada	negra	2º grau incompleto	manicure	ESCA	1ª. inseminação	0
Selma	39	casada (2º.)	branca	1º grau incompleto	faxineira	ligadura tubária	1ª. FIV	4
Maria	38	casada	amarela	superior	bancária	obstrução tubária e incompatibilidade casal	3ª. inseminação	0
Renata	32	casada	negra	1º grau completo	encarregada de confecção	obstrução tubária	3ª. FIV	0
Sandra	29	casada	branca	2º grau completo	telefonista	anovulação	1ª. inseminação	0

Inês	41	casada	parda	1º.grau incompleto	dona de casa	obstrução tubária	1ª. FIV	0
Heloísa	37	casada (2º.)	branca	1º. grau incompleto	comerciante	ligadura tubária	3ª. FIV	5
Mirtes	33	casada	branca	1º. grau completo	desempregada	obstrução tubária	2ª.FIV grávida	1
Edgar	33	casado	branco	3º.grau contábeis	contador			
Amanda	34	casada	branca	3º.grau- pedagogia	coord.pedagó gica	endometriose	2ª. inseminação	1
José	37	casado	branco	2º.grau técnico	microempre- sário			
Lorena	30	casada (2º.)	branca	1º.grau completo	corretora imobiliária	obstrução tubária	2ª. FIV	1
Cleide	33	casada (2º.)	negra	1º.grau	func.pública municipal	ligadura tubária	1ª FIV	3
Wilson	34	casado	branco	2º. grau	vendedor	fator masculino	pesquisa básica	1
Paulo	33	casado	branco	1º.grau incompleto	marceneiro	não sabe	2ª. inseminação	0
Marcos	31	casado	negro	2º.grau (cursando)	supervisor operações	obstrução tubária	1ª. FIV	1 adotivo
Roberto	28	casado	branco	2º.grau completo	aux.adminis- trativo	fator masculino	1ª. inseminação	0
Atos	35	casado	pardo	1º. grau	eletricitário	ligadura tubária	1ª. FIV	0
Celso	28	casado	branco	2º.grau	bancário	fator mascu- lino e incom- patibilidade no casal	1ª. FIV**	0

* Corresponde à situação de tratamento em que se encontrava no momento da entrevista.

** Antes havia feito três inseminações em outro serviço.

(2º.) após o estado civil - corresponde a um segundo casamento

ESCA - Esterilidade sem causa aparente

Incompatibilidade no casal - quando a mulher produz anticorpos antiespermatozóides

Tabela 13

Perfil das Pessoas Entrevistadas no CENAFERT - Brasília/D.F.

Maio/Julho de 1998

NOME	IDADE	ESTADO CIVIL	RAÇA	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO ATUAL	CAUSA DA INFERTILIDADE	SITUAÇÃO *	NO. FILHOS
Rita	33	casada	branca	superior jornalismo	jornalista	obstrução tubária	2ª. FIV - grávida	0
Márcia	39	casada	amarela	superior contábeis	funcionária pública federal	obstrução tubária	2ª. FIV - grávida	1
Nice	38	casada	branca	superior direito, econ. e letras	funcionária pública federal	obstrução tubária	3ª. inseminação 3ª. FIV	0
Laura	43	casada (2º.)	branca	superior adm.	bancária	ligadura tubária	2ª. FIV	3
Marcelo	29	casado	branco	2º. grau completo	empresário	fator masculino	3ª. FIV	0
Edson	33	casado (2º.)	branco	superior	economista	fator masculino	1ª. FIV (ICSI) gravidez	0

* Corresponde à situação de tratamento em que se encontrava no momento da entrevista.

(2º.) Após o estado civil - corresponde a um segundo casamento

A primeira observação a ser feita é referente ao tipo de serviço ofertado pelas duas entidades. No Pérola Byington, o atendimento é totalmente gratuito, através do SUS (Sistema Único de Saúde). Os (as) interessados (as) dirigem-se à triagem do Centro de Referência, muitas vezes encaminhados por outras unidades de saúde, do Estado ou do município, ou vão diretamente à Clínica de Esterilidade, para agendar a primeira consulta. No caso de Brasília, trata-se de uma clínica privada, com todas as despesas às custas dos

interessados, sendo contudo possível que alguns exames sejam cobertos por convênio médico, quando realizados fora do próprio serviço. Aliás, como se verá adiante, o convênio médico e sua cobertura é mencionada, pelas entrevistadas, em algumas ocasiões, por facilitar e agilizar o seu atendimento na rede pública, diminuindo o tempo de espera para a realização dos procedimentos, por baratear alguns custos do tratamento em clínica privada e, também, por proporcionar tratamentos e exames desnecessários aumentando, muitas vezes, o tempo de espera por um diagnóstico específico de infertilidade.

A idade das mulheres entrevistadas variou de 27 a 43 anos e a dos homens, de 28 a 37 anos. Para as mulheres, idade é um fator bastante importante na reprodução. Como já nascem com um número definido de óvulos, eliminados todos os meses através da ovulação, o avançar da idade pode de fato implicar maiores dificuldades para conceber, já que os óvulos disponíveis são afetados quantitativa e qualitativamente, como também são menores os índices de implantação e maiores as chances de abortamento espontâneo. Ademais, com o avançar da idade, também são maiores as chances de ocorrência de enfermidades que podem afetar o potencial reprodutivo como, por exemplo, a endometriose e a doença inflamatória pélvica (Brandi, Pina e Lopes, 1997:3).

Em função disso, alguns serviços, em regra públicos ou ligados às universidades, restringem a idade das mulheres ingressantes em 40 anos. No Centro de Referência da Saúde da Mulher, em São Paulo, onde acompanhamos o serviço, não há esse tipo de pré-requisito para a admissão¹²¹. Esse tipo de procedimento talvez esteja baseado no fato desses serviços, em regra, apresentarem um tempo de espera considerável, às vezes mais de um ano. Considerando a queda de fecundidade apresentada pelas mulheres, após os 40 anos, o serviço poderia apresentar um desempenho muito baixo, com custos muito elevados. No caso dos serviços privados, essa situação não se coloca, já que essas mulheres são um público potencial que tende a fazer uso das variações e técnicas disponíveis, como, por exemplo, a doação de óvulos para tentar contornar os

¹²¹ No entanto, como o serviço não oferece algumas técnicas mais utilizadas, nos casos de idade mais avançada, como, por exemplo, doação de óvulos e congelamento de embriões, em geral, as mulheres acima de 42 anos vão encontrar dificuldade para permanecer no serviço.

inconvenientes da idade. Em regra, serão candidatas a repetir os procedimentos previstos, aumentando o custo final do tratamento.

Todas as entrevistadas e entrevistados são casados ou se encontram em união não legal com seus parceiros. Apesar de se saber que a reprodução assistida tem facultado a ocorrência da gravidez em pessoas solteiras e, termos relato de médicos de clínicas privadas da realização de procedimentos nessas circunstâncias, não obtivemos nenhuma entrevistada nessa situação. No caso do serviço público, para a participação no programa, preconiza-se que a mulher tenha um parceiro fixo, por pelo menos um ano. Esse procedimento, segundo informação do serviço, deve-se ao fato de ser grande o número de exames necessários para diagnosticar o tipo de infertilidade e definir o procedimento a ser adotado. Como a questão da infertilidade está também associada ao casal, se houvesse mudança de parceiro, os exames teriam de ser repetidos, implicando um maior custo para o serviço, além de aumentar o tempo de espera na fila.

No Centro de Referência da Saúde da Mulher, em São Paulo, encontramos várias entrevistadas com baixa escolarização, havendo contudo algumas com terceiro grau. Já na clínica privada, em Brasília, com exceção de um entrevistado, todos os demais têm terceiro grau. Também, refletindo a desigualdade social e racial presente na sociedade brasileira, as mulheres negras estão presente em maior número no serviço público voltado à infertilidade; num total de dezoito, foram quatro entrevistas. Das entrevistadas da clínica privada, todas são brancas.

A relação do tratamento com o trabalho

Em relação à ocupação atual das entrevistadas, verifica-se que a maioria exerce atividade remunerada. A conciliação do trabalho com um tratamento de reprodução assistida é assunto mencionado em diversas ocasiões pelas usuárias, particularmente, quando se trata de serviço público, onde são necessárias muitas idas ao serviço, para

agendar consulta, passar por exames e tomar medicação, que, quase sempre, implicam longa espera. A orientação médica, de após a inseminação e a transferência de embriões, realizar repouso e atividades que não exijam muito esforço físico, é frequentemente apontada pelas entrevistadas como uma dificuldade para ser administrada com o trabalho. Além disso, o freqüente insucesso que marca a maioria dos procedimentos e a repetição das tentativas que implicam várias ausências tornam difícil sua conciliação com o trabalho. Assim, uma das entrevistadas chegou a ser demitida em razão da sua opção pelo tratamento.

Eu fiz segundo grau, eu trabalhava em uma imobiliária, era corretora só de locação. A primeira vez que fui fazer a inseminação, como tem que vir aqui no período da manhã eu fui muito sincera, cheguei ao meu patrão e falei, vocês sabem que eu faço tratamento, eu nunca escondi desde que eu entrei aqui vocês estavam cientes disso e eu vou tentar uma inseminação. Eu estou esperando há um ano essa vaga e não posso perder a oportunidade, você vê se me dá férias, se desconta, porque realmente não é minha intenção tirar férias agora eu posso repor essas horas no meu horário de almoço, vocês podem fazer da maneira que acharem melhor. Na primeira, eles foram excelentes, não tem problema você pode ir, faltar quantos dias você precisar não vai ter problema nenhum. Só que não deu certo, e eu fiz uma segunda vez e eles também não criaram problemas. Só que na terceira vez, agora, a empresa também está passando por uma crise e eu voltei a falar com eles, olha eu vou novamente pelo menos uns dez dias eu vou chegar atrasada um dia sim um dia não, e aí ele falou não vai dar. Nós temos três mulheres grávidas no escritório, você sabe que isso para nós gera um custo muito grande e dias delas a gente sabe que não vão mais voltar, que é a segunda gravidez e não vale a pena deixar as crianças, então você vai ter que optar entre o seu emprego ou a sua gravidez. Eu me senti extremamente ofendida porque se eles tivessem dado qualquer outra desculpa mas não precisavam ser tão sinceros né, eles me puseram assim bem na parede. E estou aqui, desempregada agora, tentando arrumar um bebê, se der certo está bom, valeu a pena, porque eu estou sentindo bastante ficar desempregada. Nem tanto pela parte financeira mas dentro de uma casa, sozinha, acostumada a trabalhar e não

adianta procurar um outro emprego, não adianta eu sair para procurar, eu preciso definir, ou eu arrumo esse nenê agora ou eu arrumo um emprego, então ... (Zilda, 30 anos, branca, desempregada, infertilidade sem causa aparente, sem filhos, terceira inseminação, Pérola Byington).

Algumas entrevistadas preferem manter segredo de sua busca pela maternidade, no ambiente de trabalho, com receio de que possa dificultar ou impossibilitar sua permanência nele, como aconteceu com Zilda. Contudo, como suas falas revelam, as contínuas idas ao serviço e a necessidade de repouso tornam difícil manter a situação em segredo durante muito tempo. Ademais, acredito que essa tentativa de manter em sigilo a busca pela maternidade relaciona-se também com o receio, o medo de tornarem pública sua incapacidade de gerar filhos. Como a cobrança social pela maternidade/paternidade ainda é muito expressiva, não mencionar que se deseja engravidar é uma maneira de proteger-se de situações desagradáveis.

A última pessoa que eu coloquei a par foi o Ministro com quem eu trabalho. Era impossível esconder porque eu ia ficar 15 dias deitada trabalhando, o trabalho vinha para mim, o motorista vinha buscar, levava. Por que eu não posso vir trabalhar e nem posso tirar assim uma licença de 15 dias, até porque o Dr. Joaquim não dava. Então, eu tive que abrir para ele, eu não queria mas tive, até porque é uma coisa muito pessoal, tem a ver com suas entranhas. Por mais que eu já trabalhe com ele há 12 anos, é meu amigo, mas pega um lado da vaidade, da maternidade que não deu certo, falhou e você é uma peça com defeito e não quer dizer isso para ninguém; banca de moderninha, opção independente e liberal que não quer filhos. Então, a única pessoa que eu comuniquei de modo constrangedor foi o Ministro (Nice, 38 anos, branca, funcionária pública federal, obstrução tubária, 3 inseminações, 3ª tentativa de Fiv, Cenafert).

À medida que o tratamento avança, fica difícil mantê-lo em segredo. Afeta profissionalmente demais, porque eu nunca fui faltosa, eu sempre tive promoções porque não atingia um número de faltas mínimas, isso não vem acontecendo. Agora,

trabalhando com a direção diretamente, eu tive de abrir, apesar de não gostar, mas a gente ouve a opinião que não pediu, ouve comentários assim, então é um pouco difícil. As pessoas vêem assim a inseminação artificial como uma coisa mirabolante, uma coisa de laboratório, e pelo fato de eu ter um filho, ah “mas você já tem um para quê?” a opinião que você não pediu realmente, que não quer ouvir. É um processo um pouco chato, família por exemplo, na família do meu marido ninguém sabe porque não entenderiam então, a gente faz a nossa parte, legal ter apoio de algumas pessoas. (Amanda, 34 anos, branca, coordenadora pedagógica, endometriose, 1ª inseminação, 1 filho, Pérola Byington).

É oportuno mencionar também a relação da maternidade com a participação feminina no mercado de trabalho. A maternidade é ainda encarada como um atributo definidor da identidade social da mulher, havendo uma responsabilização quase exclusiva desta pelo cuidado dos filhos. No entanto, muitas vezes, representa uma barreira para a maior participação da mulher nesse mercado. A dificuldade de conciliar o trabalho com a maternidade e as tarefas domésticas, que continua a desempenhar, confere, às vezes, um caráter de transitoriedade ao trabalho da mulher. Além disso, a existência de uma estrutura precária que ampare as mães trabalhadoras, seja no âmbito das empresas contratantes, seja no do Estado, dificulta a conciliação do trabalho com o atendimento às crianças.

Essa situação acaba por influenciar a criação de uma atitude negativa do empregador para com o trabalho feminino. Uma mulher com filhos é admitida no trabalho; contudo, a interferência das questões domésticas e de família na sua vida profissional é utilizada pelos empregadores para justificar dispensa, ou a exclusão dos cargos de chefia e das promoções. O abandono do trabalho para cuidar dos filhos é visto como uma preferência da mulher, situação que deixa de considerar as dificuldades femininas de conciliar trabalho com maternidade (Silva, 1995:349).

Se eu comentar, estou colocando em risco meu trabalho, já é difícil aceitar uma pessoa normal que fica grávida, imagina uma que está procurando ficar grávida. E, eu

não quero perder o emprego também e tem que fazer repouso, não pode nem levantar, é o que o médico falou. Mas a experiência de outras pessoas de tomar uma anestesia, nossa, fiquei apavorada, gente será que é isso mesmo que eu quero? Ai meu Deus do céu será que é isso que eu quero? (Sandra, 29 anos, branca, telefonista, anovulação, 1ª inseminação, Pérola Byington).

Entretanto, há um outro aspecto relacionado com o trabalho, mencionado por entrevistadas da clínica privada. Nesses serviços, é mais freqüente encontrarmos mulheres que fizeram a opção por uma gravidez mais tardia, em torno dos 30 anos e, no momento de busca pela maternidade, descobriram problemas que impediam a realização do desejo¹²². Como mencionado no capítulo anterior, o desenvolvimento das técnicas de reprodução assistida e a medicalização da reprodução têm sido impulsionados pela crescente opção de mulheres pela gestação em maior idade. Ademais, o crescimento da participação da mulher no mercado de trabalho foi de cerca de 179,7%, no período de 1970 a 1990 (Berquó, Araújo e Sorrentino, 1994:51).

Em todos os sentidos, já fiz as coisas que normalmente as pessoas desejam fazer, viagens, as turnês pela Europa, um bom apartamento, uma casa que está em construção ainda, eu não sou uma pessoa sofisticada, sou super simples....Hoje, e acho que tinha de ter pensado nisso; não precisava ter feito essa carreira, que é isso que tem acontecido com as mulheres: primeiro eu vou chegar lá, financeiramente, profissionalmente, fazer meus cursos, fazer minhas viagens depois eu penso nisso e aí depois fica mais difícil.

¹²² Muito se tem falado da opção das mulheres pela gestação após alguns anos de união e de desenvolvimento profissional. Contudo, a ênfase na tendência de opção pela gravidez com maior idade, em alguns grupos de mulheres, tem minimizado o fato de que, estatisticamente falando, ainda é maior o número de mulheres que são mães com pouca idade. Assim, no Estado de São Paulo, vem crescendo a porcentagem de mães entre 15 e 19 anos, incluindo a região metropolitana e o município de São Paulo. A proporção de nascidos vivos de mães de 15 a 19 anos foi de 13,3% em 1980, 14,2% em 1986 e 17,3% em 1992, segundo dados da Fundação SEADE (Berquó, Araújo e Sorrentino, 1994:104). Dados do Ministério da Saúde revelam que, em 1994, 23,7% dos 2,85 milhões de partos realizados pelos hospitais da rede credenciada ao SUS foram em meninas de 10 a 19 anos e, em 1997, o total de partos realizados no país caiu para 2,71 milhões; contudo, a porcentagem de adolescentes que tiveram filhos subiu para 26,5% do total de partos. Nesses dados, chama a atenção o tipo de atendimento que vem sendo requerido por essa faixa etária, já que 53% do total de gastos do SUS com internações nesse grupo se referiam a

Tem uma coisa, eu não tinha esse nível de formação, só fui me dar conta depois que entrei no processo....Então é isso, está acontecendo um processo de liberação da mulher, de repúdio à não escravização da maternidade e isso é absolutamente contra a natureza. Quem passa na clientela do Dr. Joaquim são pessoas de mais idade; olhando o painel ¹²³ a maioria beirando os 40 anos e, também acho que o reverso dessa liberação, da afirmação pessoal é se chegar junto com o homem, executivas de 40 anos chegam no topo e aí o que eu faço, que é mais a minha situação.... Faltou, eu deixei para trás. Se eu pegar esse atalho abro mão da maternidade, até porque se eu tivesse tido filho há cinco anos atrás, estaria aonde eu estou....Eu vi o Roger Abdelmassih falando no programa da Ana Maria Braga: "Vocês mulheres que querem ter suas carreiras, congelem seus óvulos". O apelo é o seguinte: os óvulos envelhecem, os espermatozoides não, tem solução a gravidez mais tarde, mas tem que se reservar óvulos. Catem seus óvulos, guardem, isso literalmente ele falou, e depois usa-se quando quiser ter filhos. Então virou máquina... congelado. Eu acho que é um conselho terrível. Em um médico, depois da minha experiência, eu diria para não fazer isso de jeito nenhum. Porque não é só a juventude do óvulo que precisa ser conservada, é o endométrio, o útero, a produção hormonal, eu acho que os médicos podiam falar isso. Eles dizem "é só congelar óvulo e depois a gente pega o bonde andando e vai dar tudo certo, depois se aplica uma injeção hormonal, faz-se uma limpeza de embrião e fixa, cola", porque teve uma época que eles colavam, teve uma técnica descoberta que se usou durante um ano, era uma cola que revestia o útero para o embrião se fixar. É uma propaganda enganosa e falsa, não é bem assim, não é só a juventude do óvulo é a do conjunto hormônico. Tinha que avaliar o número de acertos. Foi uma mulher de 63 anos que apareceu e gestou o neto, foi uma cadê as outras? Uma experiência desse tipo não tinha que ser colocada no ápice da propaganda, no caso servir de exemplo de sucesso que não é verdade. As outras não conseguiram nada e se fala nessa história de congelamento de óvulo, será mesmo? Puxa vida eu não estou precisando de óvulos ainda produzo óvulos maduros, legais e não estou conseguindo. Agora eu estou muito instruída com a experiência, acho que tinha

complicações durante a gravidez e o parto, que podem estar relacionados a deficiências na realização de um pré-natal ou mesmo a sua não realização (Folha de S.Paulo, 1998: 3).

¹²³ Refere-se ao painel com fotos de mulheres e bebês existente na entrada da clínica.

que compatibilizar os dois lados e acho que na vida moderna dá para fazer isso sem muito sacrifício....por isso que eu estou fazendo essa campanha: engravidar logo, mesmo que tenha que fazer um sacrifício na sua carreira, esse sacrifício que teve custo benefício é menor do que o sacrifício feito mais tarde para engravidar. Tentar compatibilizar é melhor porque essas técnicas são muito dolorosas, para não dizer enganosas. Quantos não desistiram? Eu perguntei para a Cecília qual é o índice de aproveitamento, há mais chances de engravidar da segunda vez. Ela me disse que as estatísticas são acumulativas, é claro que uma mulher que tentou 3 vezes tem mais chances de engravidar do que uma que fez só uma vez. E no índice de aproveitamento? Ela me disse: “é na primeira que as pessoas normalmente desistem”. (Nice, 38 anos, branca, funcionária pública federal, obstrução tubária, 3 inseminações e 3ª tentativa de Fiv, Cenafert).

Nice demonstra com bastante clareza a situação vivenciada por mulheres que fizeram a opção pela gravidez tardia. Por um lado, culpa-se por ter optado pela carreira e pela estabilidade financeira antes da maternidade; por outro, acredita já possuir tudo que alguém poderia almejar na vida e a gravidez é a representação do que está faltando. Ela espera encontrar na maternidade um “sentido para a vida”, que todas as outras conquistas não representam mais. Aliás, em outro trecho da entrevista faz essa afirmação literalmente, “já tenho tudo, só falta a maternidade”, tratando-a como mais um objetivo a ser alcançado.

Outro aspecto muito importante abordado por Nice é o “marketing” envolvido na difusão das tecnologias reprodutivas conceptivas, o incentivo para que mais mulheres optem por congelar seus óvulos, para utilizá-los posteriormente, prática que ainda não está disponível comercialmente em razão de sua pouca resolutividade¹²⁴. Se, entre as

¹²⁴ O procedimento de congelar óvulos não é uma prática utilizada pelas clínicas. A alegação é de que a célula é grande, difícil de congelar e ser descongelada em condições adequadas para ser submetida aos procedimentos de fertilização *in vitro*, por exemplo. Não há porque duvidar que, em algum momento, os pesquisadores encontrarão uma solução eficaz para essa questão com significativos desdobramentos para esse campo.

mulheres entrevistadas no serviço público, a gravidez tardia como opção de vida praticamente não se coloca, ela é majoritária entre as mulheres da clínica privada.

Como mencionado no capítulo anterior, essa opção pela gravidez após uma certa estabilidade profissional e financeira é um dos aspectos que mais impulsiona o desenvolvimento da reprodução assistida. Essas mulheres também são as maiores clientes das clínicas privadas e de técnicas como doação de óvulos, doação de embriões e, geralmente, de repetidas tentativas para engravidar. Numa perspectiva médica, a postura de exercer a maternidade com mais idade vai implicar um aumento da chance dessas mulheres virem a sofrer algum problema de saúde no decorrer de suas vidas, que pode torná-las candidatas ao uso dessas técnicas. Por exemplo, aderências pélvicas resultantes de aborto espontâneo ou provocado, infecções uterinas e inflamações pélvicas. No entanto, ao mesmo tempo, a possibilidade de escolher o momento adequado para vivenciar a maternidade é uma importante conquista da mulher, decorrente de muita luta feminista, e não deve ser vista como um resultado negativo desse processo. Mas, não se pode deixar de considerar que essa conquista tem servido para aumentar a medicalização e utilização de tecnologia no atendimento à saúde da mulher.

Os diagnósticos e os procedimentos

Considerando a causa de infertilidade das entrevistadas, observa-se a prevalência de obstrução tubária, com dez indicações, seguida de ligadura tubária, com cinco, ESCA (esterilidade sem causa aparente) com quatro menções e um entrevistado que não soube informar a causa de infertilidade de esposa. Infelizmente, não foi possível obter informações, junto aos serviços consultados, sobre a distribuição das causas de infertilidade entre suas usuárias. No caso do Centro de Referência da Saúde da Mulher, essa informação poderá estar disponível a partir de 1998, pois o formulário de registro do Centro sofreu alterações que irão permitir a informatização do diagnóstico. Na clínica de Brasília, os dados informatizados cobrem os procedimentos, mas não se dispõe de dados

informatizados sobre a prevalência dos tipos de infertilidade segundo a população atendida.

Para nossa reflexão, contamos apenas com alguns estudos internacionais, já mencionados, sobre a prevalência de infertilidade em grandes grupos populacionais como África, América Latina, e segundo a divisão países desenvolvidos e países em desenvolvimento (OMS, 1992), conforme abordado no capítulo anterior.

A população entrevistada por esta pesquisa não constitui uma amostra, obtida através de critérios que possibilitassem avaliação ou comparação com os dados disponíveis sobre distribuição das causas específicas de infertilidade, já que as entrevistas são narrativas colhidas no intuito de dimensionar a experiência de mulheres e homens que buscam realizar a maternidade e paternidade por vias não naturais. Contudo, podemos sugerir que os casos colhidos nesses serviços aproximam o país das causas de esterilidade/infertilidade mais comuns nas mulheres da África, ao sul do Sahara: obstrução tubária bilateral, distúrbios ovulatórios, seguidos de nenhuma causa aparente, conforme tabela 1, do capítulo 3. Ademais, o estudo da OMS não revela se as ligaduras tubárias estão incluídas na causa **obstrução tubária bilateral** ou em outra. Se a resposta for afirmativa, certamente, o caso do Brasil aproxima-se da situação apresentada pela África, já que é grande o número de mulheres que se submetem a ligaduras tubárias e algumas se arrependem, freqüentemente em razão de um novo casamento.

As mulheres que se submetem à realização de ligaduras tubárias constituem um conjunto considerável daquelas que buscam a reprodução assistida. Um dos médicos do Centro de Referência da Saúde da Mulher chegou a estimar em 70% o número de mulheres que procuram o serviço, no intuito de buscar uma nova gravidez, após a realização de ligadura tubária. Trata-se de uma estimativa bastante alta e, infelizmente, não passível de confirmação pelos dados disponíveis.

Ao longo do período em que se ouviram as mulheres que se submetiam à reprodução assistida, foi recorrente a menção da busca de uma nova gestação, após a realização de ligadura tubária e um novo casamento. Quando havia um número considerável de entrevistas, chegou-se a não registrar algumas conversas, pois os casos de tentativa de gravidez após ligadura tubária ou tentativa de sua reversão se repetiam. Em geral, as experiências relatadas revelam mulheres que fizeram ligadura tubária muito jovens, tendo vivido relações conflituosas, desgastantes, ou marcadas pela violência, com seus companheiros. Em muitas situações, a dificuldade de lidar com a fertilidade, de encontrar mecanismos eficientes para impedir a gravidez e o medo de uma nova gestação impulsionaram essas mulheres na busca de uma solução definitiva que, hoje, se traduz em arrependimento.

A entrevista a seguir exemplifica essa situação. Heloísa, com 21 anos já tinha cinco filhos. No intervalo dessas gestações tentava a contracepção, mas sempre sozinha, de maneira precária e sem assistência médica, o que acabava implicando nova gravidez. Foi vítima de violência, e, acusada de abandono do lar perdeu o poder sobre os filhos e ainda vivenciou o abuso sexual da filha pelo pai.

Mas desde o começo que a gente se conheceu, eu e ele, ele sabia que eu tinha feito laqueadura. Eu fiz no último filho, eu era bem novinha. Eu tive a minha primeira menina com 15 anos...Então, ele já sabia que eu tinha feito laqueadura. Acho que foi mais uma válvula de escape para mim, eu não pensava no amanhã, se depois não ia dar certo. Eu achava assim que eu ia viver com ele eternamente e filho dele eu não queria mais, porque ele me espancava, ele judiava muito. Então, eu corria para os meus pais e eles falavam separa, só que eles falavam separa e deixa as crianças com ele e isso eu não aceitava. Ai, eu fui ficando, foi acomodando, fui ficando até ter o último com meus vinte e um anos, foi o último. Quando eu completei vinte e quatro anos, acho que a cabecinha já começou a funcionar diferente, agora vamos lá, já não posso ter filho mais. Então, não queria filho com ninguém sabe, eu achava que aqueles filhos que eu tinha estavam ótimos. Achei que a laqueadura era a solução, porque para mim também era

definitivo viver com ele, era até a morte meus últimos dias. Então, optei pela laqueadura. E depois de um tempo que fiz, apareceu o verdadeiro amor. Não que ele me cobrasse, falasse eu quero um filho, senão não teria casado comigo. Mas partiu de mim sabe, partiu de mim isso, porque ele adora criança. Eu vou conseguir dar um filho para ele, nem que seja um só. Cheguei a fazer a reversão da laqueadura. Assim que a gente se conheceu, falei com ele: eu não posso te dar filhos, eu tenho uma cirurgia, uma laqueadura e não permite. Ele disse: não quero pensar nisso agora então, esse não quer pensar agora pensa depois, então já ficou aquilo. E eu já comecei a procurar, porque quando ele começasse a pensar se tinha jeito, eu já saberia. Paguei para fazer a reversão, no mesmo médico que fez a laqueadura. Foi em 89, não foi em 91, foi em 91. Ai, eu procurei o Pérola. Uma amiga falou que aqui tinha um serviço que poderia me ajudar muito. Ela me viu indo para lá e para cá, fazendo cirurgia. Eu vim aqui sem saber o que ia acontecer comigo, não demorou muito, foram oito meses desde que eu fiz o cartãozinho e aí me chamaram para fazer o tratamento, foi rápido né, porque eu já tinha feito vários exames e aí eu fiz a primeira vez (Heloisa, 37 anos, branca, comerciante, ligadura tubária, 3ª Fiv, cinco filhos, Pérola Byington).

O relato de Heloisa revela uma situação relativamente comum, no país, conforme mencionado no segundo capítulo, de mulheres que não tem acesso à contracepção e não desejam mais ter filhos. Em face dessa dificuldade, chegam a tomar medicamentos sem acompanhamento médico, colocando em risco sua saúde. Ademais, podem engravidar e ter de optar por uma gestação não desejada ou pela realização de um aborto clandestino, em condições inadequadas, que ofereçam risco de saúde ou de vida. Nesse contexto, de ausência de uma opção que permita a vivência da sexualidade como um direito da mulher, muitas vezes, encontram na ligadura tubária uma forma de acabar com a fertilidade.

Na maioria dos casos relatados, as mulheres tentam uma reversão da ligadura tubária, mas é muito difícil que essa reversão seja possível ou que tenha sucesso quando é realizada. Das mulheres entrevistadas, somente duas conseguiram reverter a cirurgia, mas

sem que isso implicasse sucesso nas tentativas de reprodução assistida. Ademais, a reversão cirúrgica aumenta o risco de gravidez tubária.

É importante considerar que as mulheres que vivenciaram uma primeira união marcada por desentendimentos com seus maridos/companheiros, violência e abusos e, após uma separação, realizam um segundo casamento ou união, tendem a valorizar substantivamente essa relação, por possibilitar a vivência de sentimentos e uma felicidade que não existiam na primeira relação. Em regra, essa valorização costuma traduzir-se numa dívida para com o “bom marido”, que um filho poderia resgatar.

Essa situação foi bastante recorrente, nos relatos de mulheres que buscam a gestação num segundo casamento. A situação de dependência econômica e, nesses casos, especialmente, emocional das mulheres, em relação aos seus companheiros, coloca-as sempre em dívida com eles. Sua baixa estima impede a valorização e o reconhecimento de méritos pessoais, que permitam a vivência de uma relação baseada em respeito e amor. Como as relações entre os gêneros estão fundadas num caráter de não equidade e a identidade das mulheres ainda está fortemente associada à maternidade, proporcionar ao marido um filho parece ser a única maneira encontrada pelas mulheres de “agradecer” a presença desses homens em suas vidas. O relato a seguir é um bom exemplo dessa situação.

Tenho três filhos do primeiro casamento, com 17, 14 e 12 anos; eu tive filhos com 15 anos, com 20, eu já tinha os três filhos. Só que foi uma gravidez assim, sabe aquela gravidez que nem cachorro, você tem um marido e tem um parceiro mas é a mesma coisa que não ter ninguém, foi muito sofrida, e aí casei de novo. Com quinze eu amiguei, perdi a minha mãe tudo, foi uma coisa muito difícil para mim. A minha primeira filha é só minha filha, porque eu fui estuprada, fiquei grávida dela e o homem era bandido, ladrão ele já faleceu, graças a Deus. Ele fazia eu ir na casa dele, eu ia na casa dele e tinha que fazer tudo na marra senão ele ameaçava matar meu pai e minha mãe. Meu pai trabalhava em um porto de areia, lá onde estouram aquelas pedras sabe,

que eles põem dinamite para estourar. Então, ele ameaçava. Uma vez, ele foi lá no trabalho do meu pai, ele era ladrão da pesada, e pegou as bombas do meu pai e ele falou "se um dia você contar para o seu pai que está tendo relações comigo", eu nem sabia que podia ficar grávida, ele falava para mim "se você contar para sua mãe e seu pai eu mato sua mãe e seu pai". Então, de madrugada eu tive que sair e ficar no meio do mato, eu sou uma menina tão medrosa não sei como eu passei por isso, não sei o medo que eu tive, eu sou super medrosa.... Eu fiquei com a minha filhinha pequenininha foi muito difícil para mim, porque meu pai não aceitava em casa, minha mãe me deu o maior apoio, cuidou da minha filha até uns dezesseis dias e depois faleceu. Eu arrumei esse outro companheiro, que começou a gostar de mim mais do que eu dele, porque ele tem 50 anos. Quando me conheceu ele tinha 35 anos, eu 16 e já tinha a minha filha, amiguei com ele e tive mais dois. Mas não é aquela coisa que eu queria, eu tinha um sonho quando era pequena de ter filhos, uma coisa diferente e não foi nada daquilo, foi muito sofrido apanhava muito dele, muito estúpido, sofri muito. Tanto é que a minha filha até hoje eu tenho uma relação difícil, que ela nem está em casa mais desde janeiro. Não por causa disso, mas ela é rebelde, desde onze anos ela dá trabalho. Então, tive mais dois filhos e casei de novo, falei que nunca mais ia gostar de ninguém estava tão revoltada que não queria saber de nada, separei porque ele usava drogas, tanto que ele morreu de HIV positivo em 89. As crianças eram pequenas e, então, peguei tudo que tinha me separei dele e fui morar sozinha, eu levei os três. Agora, casei de novo, e ele quer ter um filho e eu estou louca para ter um filho. A relação é legal ele me trata bem, nossa, trabalha em dois empregos um na parte da manhã, das 7 às 4, e depois das 05 às 11 da noite, chega em casa meia noite, meia noite e pouco. Ele adora meus filhos, cuida como se fosse dele mesmo. Ai, nossa, eu quero por mim e por ele também, fico olhando as roupinhas, fico olhando as mulheres grávidas, nossa parece que eu nunca tive aquilo, parece que é o primeiro sei lá. Já tive dois, três, tudo normal e ainda quero ter outro. Uma amiga minha diz que estou doida, é meu sonho, nossa meu maior sonho é esse e parece que agora eu estou chegando lá, marcando os exames está mais próximo. E porque você chegou aqui? Fiz laqueadura com 21 anos, porque eu estava com meu marido e, se tivesse mais um filho com ele, ficava doida. Eu fiz particular a cirurgia e,

quando vou nos médicos, agora já pararam um pouco, eles falam que eu sou criminosa, eu e o médico que me operou, porque eu era muito nova, mas eu sofria muito, não pensava em ter outra pessoa. O médico também não teve culpa, ele até falou para mim explicou bem, “depois se você quiser outro filho não vai poder”, eu falei assim para ele olha se eu arrumar outro homem é para cuidar dos filhos que eu tenho não para ter mais. Eu estava muito revoltada, eu sofri muito e agora estou aqui. Com a vida sofrida que eu tinha, não queria ter mais filho e nem pensava em casar de novo. ...Depois, fui no mesmo doutor que me ligou para fazer a cirurgia para desligar. Ele falou vamos tentar e fiz a cirurgia. Fiz outra histero para ver como estava, mas foi ver e me deu uma crise de choro (começa a chorar), eu estava com tanta esperança, ele falou para mim que teve uma moça que fez e deu certo. Ele até me falou no dia que ela foi fazer pré-natal com ele para eu ver, porque eu trabalhei muito com esse doutor, ele é super legal. Eu fiquei triste, fiquei acabada, fiquei parada. Meu marido falou “deixa para lá”, me confortou dessa forma. Eu resolvi voltar de novo, porque estava esperando essa consulta aqui há oito meses e quando chegou o dia eu estava quase esquecendo e meu marido falou “não, não vai não”, ele ficou com medo porque na primeira tentativa eu fiquei grávida nas trompas. Agora, é fazer proveta. Eu ia te perguntar se dói? Como que faz isso, não sei como é, alguém falou mas não estou lembrada (Cleide, 33 anos, negra, funcionária pública municipal, ligadura tubária, 1ª Fiv, três filhos, Pérola Byington).

A história de Cleide revela uma situação de violência pessoal mas também reflete a ausência de uma política pública voltada para a assistência integral à saúde da mulher, que forneça orientação e acesso a métodos contraceptivos. Como ela mesma comenta:

Eu não tinha orientação de ninguém, eu nunca tive orientação nenhuma. Agora, hoje em dia, tem muita coisa, tem várias opções camisinha, ...Mas na época eu tinha colocado o DIU, nossa como eu me arrependo, eu trabalhei com uma doutora que era ginecologista durante uns três anos e ela usava o DIU e falou “olha filha há uns dez anos que eu uso o DIU, porque a gente nunca sabe o dia de amanhã”. Mas na época, eu tinha tanto problema com o meu marido, ele me batia e tudo (Cleide, 33 anos, negra, funcionária pública municipal, ligadura tubária, 1ª Fiv, três filhos, Pérola Byington).

Os diagnósticos definidos como infertilidade ou esterilidade sem causa aparente (ESCA) talvez sejam aqueles vividos com mais dificuldade pelas mulheres, por não apresentarem nenhum problema específico fisiológico ou físico, passível de apreensão. Os outros diagnósticos, após definidos, recebem indicações de procedimento e de tratamento. No caso da infertilidade sem causa aparente, em regra, os serviços iniciam um tratamento a partir de procedimentos ditos menos invasivos, como inseminação artificial, podendo ser seguidos por fertilização *in vitro*, caso os primeiros procedimentos não apresentem resultados satisfatórios. Essa situação é vivida com muita apreensão pelas mulheres.

Eu fiquei um ano sem tomar anticoncepcional e nunca engravidei, nunca tive um aborto, minha menstruação é corretíssima sabe, é 28 dias certinhos, nunca 25, 26, é sempre 28. Os médicos se espantam porque tenho um organismo excelente e não consigo engravidar. Quando parei de tomar anticoncepcional, um ano antes do casamento, achei que fosse engravidar. Era minha vontade. Em seguida, fiquei mais um ano, quando fizeram dois anos que eu não tomava nenhum tipo de anticoncepcional e pelo contrário tinha relação nos dias férteis, fazia tabelinha ao contrário, temperatura e nada resolvia, comecei a ficar preocupada e procurei um médico. E aí começou essa novela. Fazem seis anos. Quando começou o tratamento fizeram um levantamento do que você tinha ? Fizeram exames comuns, ultra-sonografia, papanicolau, exames de sangue, espermograma do meu marido, mas não acusaram nada. Fiz exames mais difíceis mais dolorosos, chapa do útero, a laparoscopia. A laparoscopia para mim foi muito difícil, porque meu médico disse que eu ia ficar um dia no hospital e fiquei uma semana; tive reação anestésica. Tive uma vontade tremenda de não voltar, mas depois de cinco meses, a gente volta novamente... Eu não sei qual o procedimento do hospital, não sei se eles vão ou não me passar para proveta depois dessa tentativa. O que a gente ouve dizer aqui é que na quarta tentativa, se não der certo, vai para proveta. Mas eu também não sei como funciona. Nunca busquei informação para não ficar mais ansiosa. A gente espera que vá dar certo. Mas se for para fazer, eu não gostaria. Porque é mais complicado, exige repouso e sou extremamente agitada, mas, se for para tentar, vou tentar sim....A

cada passo que dou dentro do hospital, tenho que saber o porquê do que estou fazendo; afinal de contas, é o meu corpo. Na última vez, eu falei para eles, poxa vocês dizem que não tenho nada, que o meu organismo é bom, o meu marido não tem nada e por que não consigo? O médico foi muito claro em dizer para mim, “olha nós não descobrimos, você não tem causa aparente, mas isso não significa que você não tenha alguma coisa que os exames não conseguiram descobrir, não conseguiram detectar”, bom então será que eu tenho chance? Ele falou, “lógico que tem, vamos tentar, você está aí, tem bom organismo; vamos ver se da próxima vez consegue” (Zilda, 30 anos, branca, desempregada, infertilidade sem causa aparente, 3ª inseminação, Pérola Byington).

Outra entrevistada, com o mesmo diagnóstico, mencionou que todo mês vive a expectativa de uma possível gravidez, já que as buscas médicas não indicam um problema específico e, posteriormente, cai numa profunda tristeza diante da chegada da menstruação. Como se verá adiante, em outros relatos, a menstruação é um acontecimento carregado de negatividade. É um sinal do corpo que não se quer ver, que não se deseja, que aconteça. Encontrar “sangue na calcinha” é a certeza de que todos os esforços foram em vão, que a tentativa, o tratamento, fracassou.

Quando a causa de infertilidade é masculina, parece ser percebida, pelos homens, com muito desconforto. É oportuno lembrar que a infertilidade é considerada, socialmente, um problema feminino e, pelo fato de a fertilidade ainda estar muito associada ao desempenho sexual masculino, cria uma situação vivida com muita dificuldade, para os homens que recebem esse diagnóstico. Muitos homens não admitem publicamente o diagnóstico, deixando que suas mulheres sejam vistas, socialmente, como inférteis. Outros assumem publicamente a situação. O relato abaixo chama a atenção pelo fato de o entrevistado prender-se num detalhe para explicar sua baixa motilidade espermática, mas revela não ter interesse em esclarecer o diagnóstico.

Neste, o espermograma não saiu ok porque, na hora do exame, ficou metade fora e metade dentro do recipiente. Agora deu alterado. Eu não sei se houve, da minha

parte, desde o primeiro exame, alguma alteração orgânica ou se foi o fato de ter saído fora. ...Então, minha dúvida é que ela fez muitos exames que deram baixa fertilidade. Mas, não. Fiquei um pouco mal, porque mexeu comigo. Nenhuma quantidade de esperma, uma contingência orgânica...que se for preciso fazer tratamento eu faria. Não é das situações mais confortáveis perante amigos dela: “o esperma dele é lento”. É uma coisa que você aguenta, a partir disso, um pouco de chacota, de brincadeira. Não me afeta, mas não é das brincadeiras mais agradáveis. As pessoas associam a isso a questão de performace, desempenho. Mas tenho minha maneira. Eu não faria um exame para andar com ele no bolso, caso dê certo. Todo o problema realmente ocorreu porque caiu fora. Eu não sei se houve um problema ou se foi isso mesmo e não há um interesse em esclarecer. Eu devo fazer outro quando eu fizer um check-up geral, vou aproveitar e fazer um espermograma por questões de integridade física, para saber se há alguma coisa a ser feita ou não. Se for uma contingência mesmo, aí tudo bem, mas não está muito esclarecido para mim. Eu não ligo muito. Sou muito bem humorado e normalmente não dou muito sossego para as pessoas do meu convívio. Naturalmente, quando essas pessoas têm uma oportunidade é para elas o ouro, porque vivo nessa situação. Não tenho problemas com isso (Reprodução Assistida), porque não estamos praticando uma coisa ilícita, não prejudicamos ninguém com isso, pelo contrário, tem muita coisa sutil que gera criança na barriga dos outros. Eu não tinha nenhum problema com isso e se for mesmo o espermograma alterado também não tem problema é até melhor (Edson, 33 anos, branco, economista, fator masculino, 1ªFiv/ICSI, esposa grávida, Cenafert).

Após a realização da pesquisa básica e identificado o tipo de infertilidade, há a indicação do procedimento a ser adotado. Como foi tratado no capítulo anterior, a maioria dos procedimentos utiliza-se da indução da ovulação, mediante a adoção de medicação. Esses medicamentos podem provocar alterações, no corpo e no humor. Posteriormente, nos casos de fertilização *in vitro*, é necessário fazer a punção ou aspiração dos óvulos, que é assim percebida pelas mulheres:

Você só vive para isso. Desgasta se a pessoa não for firme e forte, desgasta e na metade desiste, porque é muito medicamento que tem que tomar, e tudo na base de injeção. É agulha, é muita injeção que toma, tem gente que pára na metade porque não consegue, tem que querer mesmo, senão não faz. No começo, você vai tomando numa boa, depois você nem quer ver agulha, você toma até o terceiro mês, no fundo é quatro meses de injeção, um mês antes e três meses depois, é muita injeção. Agora já estou até conformada, não tenho mais aquele medo, mas tem dias que eu fico nervosa quando vou tomar; e eu não tomo em farmácia, é a minha mãe que aplica (Mirtes, 33 anos, branca, desempregada, obstrução tubária, 2^a Fiv, grávida, 1 filho, Pérola Byington).

Mirtes fala do incômodo de tomar tantas injeções e acredita na firmeza pessoal, na força de vontade em face de um objetivo para continuar o tratamento. Talvez, seja esse sentimento que faça com que algumas entrevistadas declarem que sofrem com os procedimentos, mas acham isso necessário para atingir sua meta. Assim, Heloísa fala dos medicamentos como uma parte inevitável do tratamento para alcançar a gravidez, afirmando que se submete com “prazer” aos fármacos: “*tomo com prazer mesmo, venho sem preguiça*” e “*não sinto reações ruins não, eu sinto reações boas, porque sei que é uma coisa que eu quero e dependo disso para conseguir*”. No entanto, posteriormente, em outro trecho da entrevista, revela seu medo de tomar injeções: “*eu tenho medo mesmo, eu morro de medo*” (Heloísa, 37 anos, branca, comerciante, ligadura tubária, 3^a Fiv, cinco filhos, Pérola Byington).

A entrevista de Nice revela com muita propriedade os incômodos e problemas decorrentes da estimulação ovariana. Ela chegou a afirmar sentir-se “quimicamente manipulada” com o tratamento.

Pega um organismo saudável e começa a mexer, você vai ter consequências, seu corpo reage na hora, apareceram nódulos nos seios, aí eu parei, apareceram 5 ou 7 e fui no mastologista. Passei por todo aquele processo, mamografia, ecografia mamária, especialista e cada um faz um drama maior para poder ajeitar. No diagnóstico, eu estava

*bem, são todos eles cistos em expulsão, estou falando das perdas do processo. Todas as coisas apareceram quando eu comecei a mexer com isso, fiz punção em todos os nódulos, duas vezes, porque na primeira vez o material não foi suficiente. Primeiro nos seios. Depois do diagnóstico estava tudo certo, não era maligno ou benigno, eram apenas cistos. Mas eu quero, se tenho que passar por isso, vou passar, não vou desistir. Mas existe uma pressão forte, minha mãe, por exemplo, falava “minha filha adota, você está forçando a mão, está forçando a natureza e vai ver que é outra preocupação, você já é uma pessoa de 38 anos, já houve gravidez de risco, já tem possibilidade de ser um bebê mal formado” ... A cabeça pira. Depois de todo esse processo, voltei a estimular e apareceu um cisto folicular, já vendo que eu tinha uma tendência a desenvolver cistos, isso é tudo que uma pessoa que toma hormônio não pode ter, comecei a tomar pílula como uma forma de atacar o cisto, para não ter que tomar procedimentos mais radicais. Felizmente, deu certo, então é por isso que o processo se arrasta, porque não foi assim: um mês tentou, depois outro. Um mês, o endométrio está estimulado, no outro, não aparece folículo. E sempre é muito progressivo. Eu nunca tomo remédio, nem para dor de dente. Foi sempre uma coisa que me preocupou, está aumentando a dosagem, primeiro foi só uma estimulação e não deu certo. Eu engordei 6 quilos. Não só por causa do medicamento, porque é contraditório você querer engravidar e começar a malhar feito doida. Uma coisa que me pergunto, teve uma época que eu fazia 5 horas de ginástica por dia, parei inclusive de menstruar, corria 20 KM, eu ia da 313 na Asa Norte, pelo eixão, correndo, até a 107, e voltava, isso aos domingos. Aos sábados e durante a semana passava a manhã na academia, então um dos meus grilos era, será que eu estou nessa porque eu pequei pelo excesso da vaidade? Parei radicalmente, são as perdas diante de uma opção. A coisa hormonal é mais grave ainda, você fica manipulada quimicamente, eu tive diversas perdas emocionais, no sentido de brigar com a melhor amiga do trabalho. Ontem, aconteceu uma coisa horrível, um confronto direto, uma queda de braço, de disputa de poder, ontem foi o ápice. E, eu estava pensando, na frente do computador isso, eu tinha que explodir em algum lugar, essa manipulação química.... Uma hora você está estimulando, outra hora você desestimula. Quando comecei a pensar no *in vitro*, agravou, porque a dose de remédio é cavaluar, é*

impressionante o tanto de remédio que se toma, são três injeções por dia, na barriga. Eu potencializei de uma forma, que fiquei absolutamente na menopausa, você para de estimular os hormônios, o cabelo resseca, a minha pele tornou-se seca, as ondas de calor....Eu falo para a minha mãe: eu sei o que é menopausa. Eu me sinto uma pessoa manipulada quimicamente e falo para as pessoas, olha eu não estou no meu normal, eu me sinto um robôzinho sendo puxado, uma hora eu estou super sensível. Transferei 3 embriões, produzi 8 folículos dos quais 5 com óvulos maduros, 3 embriões clivaram e só dois foram adiante. Tem até foto, lindo, a ilustração dos dois embriões. E aí você fica arriada, vim para casa e fiquei 15 dias deitada; era para ficar só dois. Isso para mim foi uma penitência, porque sou elétrica. A menstruação atrasou. Aí você começa a tomar progesterona, tomam-se 3 comprimidos e colocam óvulos de 12 em 12 horas. Com essa dose toda de progesterona, você está grávida de 3 meses. Então você olha para a propaganda e chora, é aquela história, qualquer beijo de noiva me faz chorar, você acaba de tanta sensibilidade, passa do estado de menopausa para o estado gravídico em 15 dias. Aí aconteceu. Faço agenda menstrual e sei quando estou menstruando, a gente conhece o corpo. E eu estava tomando a progesterona, o que aconteceu? Os seios incharam, a espinha não veio, a menstruação atrasou durante dias, então eu estava grávida. Fiz até uma carta para a Dra. Cecília agradecendo, eu estava grávida. E aí você aborta, você olha assim, vai fazer xixi e vê a calcinha suja de sangue, ah não! eu não vou mais passar por isso, a sensação é esta chega, basta, está de bom tamanho, já fiz o que tinha para fazer, não dá mais. É um aborto, você se sente como se estivesse abortando seu filho, passei 3 dias chorando, até por causa da sensibilidade, e o processo envolve uma gama de valores, seus e das outras pessoas. Então, a minha mãe já está construindo uma casa com quarto para os netinhos, o Ministro fala que tem que ver o meu período de maternidade como vai ficar, eu tenho tias que falam que no próximo natal a gente já pode fazer assim e assado, ... então é uma doideira (Nice, 38 anos, branca, funcionária pública federal, obstrução tubária, 3ª Fiv, Cenafert).

Um dos aspectos que destaco nessa entrevista é o sentimento de culpa em face da infertilidade. Muitas mulheres cultivam a ideia de que alguma opção feita na vida

acarretou a impossibilidade de gestar. No caso de Nice, teria sido o excesso de vaidade, o cuidado com o corpo, a aparência e a opção pela carreira. Também ouvi um relato de que um aborto provocado na juventude poderia ser a causa da infertilidade. Assim, muitas mulheres chegam a tratar o sofrimento decorrente dos procedimentos como uma penitência, algo que precisam passar por terem cometido “algum erro” no passado.

Os medicamentos que são ministrados, a aspiração dos folículos e seus efeitos são muitas vezes percebidos como um risco, pelas mulheres, um risco pessoal a que se submetem para poder conseguir a gestação. É interessante a percepção de que os medicamentos afetam a vida, o humor, ou que as torna quimicamente manipuladas. No entanto, a situação é vivida como um risco calculado, ao qual se submetem para tentar responder a um desejo pessoal, do marido e, também, social, pela maternidade. É importante, nesse contexto, perceber que muitas mulheres, transformam essa busca, esse “desejo”, numa obsessão, na qual o limite pessoal se revela muito fluido. Rodrigues (1998: 17) referindo-se à busca pela gravidez chega a dizer: *“Ter um filho torna-se uma obsessão, um ponto de honra, uma necessidade tão premente como respirar. A sensação é de que não existirá mais vida sem fecundação, de que somos uma sementinha estragada que não consegue fazer vingar um galinho sequer”*. Nice, por exemplo, fala que não vai desistir e durante a entrevista forneceu alguns indícios de uma situação de pressão pessoal. Seu companheiro, dez anos mais novo que ela, não tem filhos e é filho único. Ela diz não sofrer pressão do marido, mas acredita não poder ser a responsável pelo fato de a família dele não ter uma descendência.

Eu tenho medo, às vezes fico imaginando, será que estou certa, será que estou dando muita importância a isso e fazendo todo mundo sofrer comigo, porque de uma maneira ou de outra você envolve outras pessoas. Porque isso daqui também é um sofrimento, pois a gente toma medicação, tem efeitos, será que não estou estragando a minha saúde, eu tenho medo sim eu acho que é normal, principalmente da última vez, que apareceu aquele probleminha aquele cisto eu fiquei muito assustada. Eu falei nossa será que estou procurando doença, porque nunca tive nada, sempre fui saudável, e agora

estou correndo o risco de fazer uma cirurgia porque eu procurei, a gente fica se sentindo meio culpada. Ao mesmo tempo você fala, poxa não é justo, tenho um casamento bom, tenho condições de ter uma criança, tem tantos casais por aí que se matam, que fingem que tem uma relação boa, a gente tem tudo e não aparece esse nenê. Aí você volta e fala eu vou continuar, porque não é justo para o meu marido não ter um filho, não é justo para mim, mas é um sofrimento. O estado psicológico da gente fica realmente bem abalado, bem difícil, você passa numa loja de criança você acha um máximo uma roupa de bebê (Zilda, 30 anos, branca, desempregada, infertilidade sem causa aparente, 3ª inseminação, Pérola Byington).

O sentimento de medo em face do processo, a preocupação de estar afetando a saúde, o corpo, pode ser pensada como um receio de estar contrariando a natureza. Não conseguiram engravidar pelas vias naturais de concepção e, recorrendo à ciência e suas possibilidades, buscam reescrever sua história. No entanto, driblar a natureza, especialmente nos aspectos relacionados à vida, pode trazer como resultado uma punição, expressa num problema de saúde decorrente da medicação ou numa criança com problemas genéticos. Como observa Nice “*e se o feto vier com problema? estou forçando a mão, Deus não me deu, eu estou forçando, estou indo atrás*”.

As mulheres entrevistadas relatam momentos de muita ansiedade e angústia, durante a realização dos procedimentos. Após o uso da medicação, visando induzir a ovulação, ficam preocupadas com o sucesso dessa etapa, se conseguirão produzir óvulos em número adequado para a realização do procedimento em si. Depois, temem que não ocorra a aspiração dos óvulos e sua fertilização ou, no caso, a inseminação artificial. Vencidas essas etapas, a atenção irá se voltar para que o embrião ou embriões se implantem e que a gravidez aconteça. Muitas vezes, as tentativas vão se sucedendo sem que chegue a tão esperada gravidez, tornando cheia de angústia e ansiedade, a vida dos casais envolvidos no processo. Durante as entrevistas, várias mulheres choram e se desequilibram quando começam a falar de sua busca pela gravidez; um dos homens entrevistados também se emocionou muito falando de sua busca pela paternidade. Por sua

vez, os serviços voltados à infertilidade parecem não deixar apagar-se, nas pessoas, a esperança de que, na próxima tentativa, serão vitoriosos, de que na próxima vez, a gravidez vai acontecer.

Essa ansiedade e angústia vivida pelos casais é reforçada pelo fato de a medicina tratar a infertilidade como um fenômeno meramente físico ou fisiológico. Os tratamentos e procedimentos são extremamente invasivos na intimidade das pessoas e a maioria dos serviços não oferece um suporte psicológico durante o tratamento. Nesse sentido, não é surpreendente que as mulheres tenham chorado ou pedido para desabafar durante a realização da entrevista. Ademais, revelando uma postura médica de não envolvimento em face de tantos dramas pessoais¹²⁵, duas mulheres chegaram a pedir permissão para chorar, já que, segundo elas, muitos médicos as proibem de chorar durante a consulta.

Interessante observar que, no serviço público, as usuárias buscam resolver, por meio de conversas entre si, durante o tempo de espera para o atendimento, grande parte das suas dúvidas sobre as técnicas e os procedimentos. Elas chegam a formar uma “**rede de mulheres**” que troca informações sobre o que estão passando, prepara aquelas que estão chegando para os procedimentos médicos e normas do serviço, indica os passos a serem seguidos, o que deve ser feito e, também funciona, digamos, como um espaço de apoio, para os momentos de dificuldade e ansiedade com o tratamento. Essas trocas também permitem “aliviar” a sensação de que “só você tem o problema”. Elas se reconhecem numa comunhão de pessoas que passam pelas mesmas dificuldades e alegam que isso daria mais forças e energia pessoal, numa busca tão difícil.

Como cada um dos procedimentos está cercado por um protocolo detalhando as atividades e etapas a serem seguidas e prevendo orientações e cuidados aos casais envolvidos, não raro, esses preceitos são vividos de forma extremada. As pessoas

¹²⁵ A postura de não envolvimento dos médicos com os dramas de seus clientes foi confirmada por duas médicas do serviço público. Segundo essa profissional, a orientação é de não envolvimento, até porque o tempo de consulta é muito pequeno. Quando há um descontrole da mulher durante a consulta costumam encaminhar para a psicóloga do serviço.

associam o atendimento a essas orientações com o sucesso da empreitada e qualquer pequeno deslize ao insucesso da tentativa. As mulheres revelam um sentimento de culpa muito grande, quando se referem a esses momentos.

Na primeira tentativa, eu cheguei aqui chorando muito, quando percebi que estava sangrando. Eu colocava a culpa em todo mundo, alguém tinha que fazer alguma coisa, eu achava que estava perdendo o nenê. Eu não aceitava a idéia dos resultados terem dado positivo e não serem; não aceitava, de forma nenhuma; agora, a gente está mais preparada. Na segunda tentativa, eu já sai daqui triste só por causa do cisto, querendo abandonar porque achava que estava me prejudicando; e a terceira, acho que estou bem mais preparada, para ter ou não, acho que estou com a minha consciência melhor porque da outra vez eu pegava uma condução, pegava um ônibus para trabalhar e falava meu Deus, acho que esse ônibus está pulando muito, acho que vou descer, acho que vou pegar o carro, acho que vou de táxi, desse jeito. Então você pensa assim, será que não deu certo porque eu fiz esforço, será que subi muitas vezes a escada? Eles dizem que não, mas você sempre fica pensando, nossa será que foi porque eu sai aquele dia? Na minha primeira vez, o médico falou: faz um pouco de repouso, e fiz o que podia, mas não parei de trabalhar. Um dos dias teve uma greve de ônibus e fiquei uns 30 minutos em pé, esperando táxi. Naquele dia, cheguei em casa com dores, com cólica, porque no outro dia já ia descer, mas eu não sabia. Cheguei desesperada, chorando e falando: como pude ficar meia hora num ponto de ônibus em pé, eu não podia, por que fui trabalhar? Não podia fazer isso. Então, senti-me muito culpada quando vi que estava sangrando. Vi que estava perdendo o nenê porque fiz esforço, e foi muito difícil. Depois, a gente passa a pensar e vê que não, que eu estava realmente errada, eu não estava grávida, não perdi o nenê, só não deu certo; por causa da medicação, minha menstruação atrasou pela primeira vez na vida, mas é bem difícil, bem complicado (Zilda, 30 anos, branca, desempregada, infertilidade sem causa aparente, 3ª inseminação, Pérola Byington).

Alguns casais chegam a estabelecer critérios próprios, mais rígidos do que aqueles indicados pelos médicos, com medo de perder a gravidez. Como no caso de Mirtes e Edgar, em que Mirtes, seguindo as orientações do marido, está há um mês de cama e deve permanecer enquanto houver “algum risco”. Os cuidados preconizados por ele mostraram-se excessivos:

Como eu disse, precisaria de um pouco mais de tempo, de um transporte adequado isso não só a atitude de economia e praticidade na experiência, mas como também eu acredito que aumentaria em 40% a probabilidade de êxito no tratamento. Eu acho que um pouco mais de esclarecimento, não só naquela reunião de casais que nós fizemos, mas um pouco mais de atendimento por parte dos médicos e das enfermeiras nas pessoas de menos capacidade de entendimento. Eu tenho um carro com alguns anos de uso mas é grande, abaixa o banco e fica uma cama, mas se a pessoa vem num táxi, por exemplo, o motorista não vai ter tanto cuidado, como eu tive, de ir com o pisca alerta ligado sem solavancos. Porque o embrião ali vai estar se adaptando dentro de um forno onde tem uma caloria específica, onde tem uma oxigenação específica; então, acho que depois da transferência além dessas quatro horas que, segundo os especialistas, é o tempo mais crítico, depois disso ele ainda está em fase de adaptação. É uma coisa tão sacrificante chegar aqui, agora que chegou vai lavar copo, faca, deixa isso para lá. Ela vai precisar tomar banho umas duas vezes por semana, não tem necessidade de quatro, cinco banhos por dia; agora, por exemplo, o xixi ela faz na cama, eu comprei a comadre, porque xixi você faz mais vezes, é normal; agora, outras necessidades fisiológicas, no começo, fazia na cama, agora vai até o toalete. Custou tanto para chegar até aqui, então agora é como falei para ela, se for o caso, eu a amarro lá. Enquanto existir risco, vou fazer minhas as palavras do médico, ter uma vida light, sem escada, sem tanque, sem fogão; quer levantar um pouquinho levanta, dá uma esticadinha na costela e deita de novo. Eu acho que se a mulher trabalhar, pegar ônibus lotado, apertado, não sei, essas dificuldades todas do cotidiano, é raro, como dizem as estatísticas, de cinco fica um, não segura devido a isso. Falta repouso, não digo absoluto, mas não é uma situação normal, não é uma gestação normal, ainda tem risco,

ela deve se resguardar mais, não cometer exageros... É como eu disse, para chegar até onde chegamos, eu torno a repetir isso, e estar jogando fora, não é o meu dinheiro, é lógico que entre aspas é o meu dinheiro, porque eu também sou um cidadão contribuinte (Edgar, 33 anos, branco, contador, esposa grávida após 2ª Fiv, Pérola Byington).

É grande a preocupação das pessoas com os momentos que se seguem à transferência de embriões. A recepcionista do serviço chegou a revelar que, em certa ocasião, alguns casais se mobilizaram e solicitaram da direção do Hospital que, após a transferência, as mulheres fossem transportadas de ambulância até suas casas. Álias, o próprio Edgar, durante a entrevista, revelou que, após a transferência dos embriões, Mirtes seguiu deitada no carro e depois foi transferida para uma maca, para poder entrar em casa.

A busca pela gravidez através da reprodução assistida implica sempre o envolvimento de vários personagens. Se a concepção natural abrange somente o casal, nas técnicas de reprodução assistida outras figuras estão relacionadas, como o médico, o biólogo, os técnicos de laboratórios, influenciando no resultado final do processo. A realização de vários procedimentos para chegar a um resultado favorável implica um desgaste muito grande para os envolvidos. São exames frequentes, muita medicação, contínuo acompanhamento dos sinais corporais e demais prescrições, que tendem a tornar essa busca muito desgastante. A cada tentativa com resultado negativo, surge uma grande depressão, que só é superada pelo fato de, quase sempre, se apresentar aos casais uma chance de tentar novamente. Nesse sentido, é interessante observar que as novas técnicas no campo conceutivo vão trazer possibilidades quase ilimitadas de tentar um filho biológico. Assim, as doações de material reprodutivo humano (óvulos, semên e embriões), a possibilidade da gestação ocorrer no corpo de uma terceira pessoa (mãe substituta/útero de aluguel), e o surgimento da ICSI, técnica de grande aplicação nos casos de infertilidade masculina, ampliaram substantivamente o mercado da reprodução humana¹²⁶. E o fato de

¹²⁶ É interessante registrar a percepção dos médicos da área sobre essa questão. Perguntados se hoje as pessoas apresentam resistências em face do uso de algumas técnicas de reprodução assistida, revelaram que, no começo, haviam várias resistências, com casais recusando-se a fazer vários procedimentos. Por

a ciência facultar essa possibilidade tende a criar as condições para o não estabelecimento de limites pessoais às tentativas e à busca. O limite, o momento de parar, acaba sendo dado sempre pelo outro, pelo médico ou pela instituição, porque a gravidez já não é possível e talvez se pense numa adoção. Para a maioria dos casais entrevistados no serviço público, as tentativas ocorrem enquanto o médico e o serviço permitirem. No caso das clínicas privadas, existe outra figura que pode definir com mais precisão esse limite: o custo, o valor envolvido nas tentativas.

A princípio, eu fiquei muito chateado e chegou a me afetar até na parte profissional, porque você vai todo empolgado, agora vai dar certo. Aí, faz uma inseminação, não dá certo, e você fala: na terceira com certeza vai dar certo. Então, isso te abala muito, porque você fala: puxa vida não tem por que não dar certo, se faz tudo certinho, toma os medicamentos que o médico pede, tudo certinho, tudo regulamentado, não dá certo e você se abala muito, não consegue trabalhar direito, fica pensando. As relações sexuais com a minha esposa, já não são mais as mesmas devido àquela cobrança: será que o problema é meu, será que o problema é dela? Será que estamos fazendo na posição errada, o que está acontecendo? Cheguei a perguntar para alguns amigos meus: será que a posição é alguma coisa? E eles: "Ah não, não tem nada a ver" Perguntei para alguns médicos e eles também falaram que não tem nada a ver e realmente foi constatado que o problema é dela. Às vezes, eu sinto vontade até de chorar, ficar quieto comigo mesmo, mas fico tão chateado por ser só nós dois dentro de casa. Então, tenho de superar aquilo para não vê-la chateada, porque sei que ela fica chateada por saber que não pode me dar um filho que é o que ela mais quer. Às vezes, eu estou sorrindo mas, na realidade, estou triste comigo mesmo, só que para não a ver sofrer, fico na minha, mas abala muito. Abala, porque você trabalha com pessoas que têm crianças, às vezes sou convidado para ir a aniversário de crianças, alguns me dão convite, outros não dão porque não tenho crianças, não é hábito chamar para o aniversário um casal que não tem crianças. Eles chamam, a gente vai, mas eles não dão

exemplo, em relação à recepção de material doado e útero de aluguel. Mas, atualmente, há maior aceitação das técnicas, em razão, de sua banalização. Ou seja, os casais estariam mais receptivos as formas de obtenção da gestação por vias não naturais.

o convitinho, quer dizer não é a mesma coisa, você não participa. Os assuntos em pauta nesses aniversários são sobre as crianças, o que a criança faz, o que a criança não faz, a gente já não se enquadra, nós não temos filhos (Celso, 28 anos, branco, bancário, fator masculino e incompatibilidade no casal, 1ª Fiv, Pérola Byington).

Ser infértil, não conseguir conceber, parece gerar nos casais sentimentos de inveja e até de raiva daqueles que têm filhos. Rodrigues (1998: 27) menciona que, quando entra uma mãe com recém-nascido no colo, numa sala de espera de clínica de infertilidade, “o mundo quase cai, vemos o objeto de desejo e a boca vai se abrindo que não quer mais fechar”. Muitos casais evitam situações onde possam encontrar mulheres grávidas ou com recém-nascidos, por sentirem-se deslocados, diferentes. Podem chegar até mesmo a incorporar traços paranóides em relação a famílias. Héritier-Augé (1985:12) também menciona, entre os Navaho, a existência de ciúme e inveja daqueles que são bem-sucedidos na filiação, descendência.

Uma situação recorrente nos relatos diz respeito ao fato de a busca da gravidez afetar demasiadamente a vida. Segundo algumas narrativas, toda a vida fica girando em torno disso, sendo difícil estabelecer um limite. Nice comenta que deixou de fazer mestrado, de viajar, de trocar o carro porque, há um ano, espera a gravidez. E, se as tentativas monopolizam as atenções da vida, a incapacidade de estabelecer um limite pessoal para o tratamento só torna a situação mais angustiante.

Na verdade eu vou até onde é o limite, porque se você falar para mim que pode 20 inseminações, 10 bebês de proveta, eu estou aqui, pronta para isso. Não tem esse negócio, vou tentar mais duas, se não der certo eu paro, mesmo porque vai dar certo. Enquanto eles estão acreditando em mim, eu também estou acreditando neles, estão achando que pode dar certo, eu também estou confiante nisso (Sandra, 29 anos, branca, telefonista, anovulação, 1ª inseminação, Pérola Byington).

Diante das tentativas frustradas, muitos casais manifestam a vontade de desistir, mas são aconselhados e orientados a tentar novamente, já que o sucesso nessas técnicas também estaria relacionado com a seqüência dos procedimentos.

Laura havia feito ligadura tubária após ter dois filhos. No segundo casamento, buscou engravidar e realizou a reversão da ligadura. Como não obtinha sucesso, procurou um clínica de reprodução assistida. Na sua primeira tentativa, houve a transferência de seis embriões mas não chegou a engravidar. Ela e o marido resolveram dar um tempo, até porque, financeiramente, era difícil arcar com uma nova tentativa. Mas foram aconselhados pelo médico a não parar, pois o sucesso estaria relacionado a não deixar muito espaço de tempo entre uma tentativa e outra. Na segunda tentativa, de cinco óvulos, só conseguiram um embrião. Esse embrião foi transferido e trouxe o seu terceiro filho.

A idéia da seqüência de tentativas baseia-se no fato da ocorrência de um crescimento nas taxas hormonais, que, em tese, concorreria para um aumento da chance de gravidez. No entanto, não se fala que essa situação também colabora para um maior risco de ocorrência de hiperestímulo ovariano.

Atendimento médico e tratamentos anteriores

Se muitas mulheres encontram, na ligadura tubária, uma maneira de lidar com a fertilidade, também ouvimos o relato de mulheres que, em função do atendimento médico recebido, se tornaram candidatas ao uso de tecnologias reprodutivas conceptivas. Alguns relatos permitem aproximar a infertilidade e o atendimento médico recebido anteriormente.

Ah depois de um ano mais ou menos aí, procurei um médico e ele fez alguns exames. É, passou uns remédios para eu tomar. Fiz ultra-som, não me lembro muito

bem, mas logo eu engravidei também. Ele fez alguns exames e passou um remédio para eu tomar assim, no quinto dia da menstruação, tomar durante cinco dias, e no terceiro mês eu engravidei. E quando faltava quatro dias para quatro meses eu abortei. E daí desse aborto é que surgiu o problema, porque o médico que fez a curetagem, ele deixou um resto de feto no meu útero. Não chegou a ter infecção, mas fiquei tendo sangramento praticamente durante dois anos, era uma coisa inexplicável. Até os médicos não entendem como eu sobrevivi. A médica que cuidou de mim, ela chamava Dra. Iracema Brandão. Ela falava que ela tinha dezoito anos de profissão e nunca viu um caso como o meu. Ela não sabe como não morri. Procurei vários médicos e fizeram curetagens em mim. A primeira curetagem foi num serviço particular. Melhor se tivesse vindo no público, eu estava bem da minha vida. Eu morava na Bahia, foi em particular mesmo, nem convênio. Depois fiz em Feira de Santana, em Salvador. Depois, fiz outra curetagem, tudo particular. Eu fiz três depois. Na segunda, ele não conseguiu tirar, não tirou. Eu achei que estava tudo bem, mas depois de uma semana voltou tudo de novo. Voltei a ter, não era um sangramento comum, uma menstruação, era pouco, como uma borra de café meio escuro, às vezes era um sangramento meio rosado mas praticamente direto, passei quase dois anos assim. E aí, como não conseguia, falei com a Dra. Iracema.... Deus em primeiro lugar, depois ela. É, já tinha passado por tanto médico que eu já tinha desistido. Eu achava que tinha uma doença incurável e eles não queriam me falar. Aí, a última, fiz com a Dra. Iracema. Ela descobriu que eu tinha um resto de feto, que estava tipo uma pedra colada no útero e ela conseguiu tirar, deve até ter guardado, e não consegui mais engravidar. Depois que tirou, pelo número de curetagens que fiz, ela falou que não sabe como não tive um câncer no útero, uma hemorragia e até morrido. Ela considerava meu caso como um milagre. Nunca viu alguma coisa igual e hoje, quando vou ver a família, às vezes vou lá. Ela fala que não esqueceu de mim, que sempre, quando está em congresso, ela relembra de mim, porque foi raro. E aí eu vim para cá. Depois do aborto, não consegui mais engravidar. Ele fez exames, não era ele. E ele tinha filhos do primeiro casamento, ele tinha dois filhos com a primeira mulher. Daí, eu me separei dele e casei de novo. Esse eu sei que ele quer mas pelo menos não me cobra. Eu quero e a mulher, para ser completa, precisa ter um

filho; então, estou tentando (Fátima, 34 anos, parda, desempregada, sequelas de aborto, 2ª inseminação, Pérola Byington).

O caso de Fátima chama atenção, pelo número de curetagens a que se submeteu em tão pouco tempo. Ademais, no intervalo dessas curetagens chegou a usar DIU. Ela frisa, durante a entrevista, que todos os procedimentos foram feitos em clínicas e hospitais particulares, como a indicar que caso tivessem ocorrido no serviço público sua situação seria outra.

A história a seguir também fornece indícios de que o aborto provocado na adolescência pode ter colaborado para a obstrução tubária que não permite à entrevistada ter um filho por vias naturais.

Não tem aquele negócio de ficar escondendo, eu não tenho nada para esconder, foi uma coisa que aconteceu naturalmente, não sei se foi culpa minha por ter feito aquele aborto, não sei; de repente, foi Deus que pediu para ficar assim, e vou ter que passar por tudo isso. (começa a chorar, desligo o gravador) e, depois, Desde a época que engravidei da primeira vez, eu era adolescente, minha mãe me obrigou a abortar. Eu queria e o pai da criança também. Só que ela não deixou, achou que a gente era muito jovem. Isso há treze anos atrás, era uma outra cabeça não era que nem agora. Ai, depois, continuei a minha vida e namorei também bastante. Eu tomei pouco tempo o anticoncepcional, porque minha mãe também obrigava. Eu esquecia, era doidinha e esquecia de tomar, tomava dois, três assim de uma vez só, sabe aquela coisa lembrava catava a cartela enfiava dois, três na boca engolia. Depois, quando conheci meu marido, fui no médico. Nunca evitei, e cisme: um dia, vou tentar engravidar, estava tentando e nada. Eu fiz exame ginecológico, depois de uns seis, sete meses, achei que tinha alguma coisa errada. Fui no ginecologista do posto para passar por um exame ginecológico normal e colocar aquelas pomadas tudo. Ai, como minha tia começou a trabalhar aqui (Pérola Byington), ela me falou que era hospital de mulher, essas coisas. Passei no pronto atendimento e conversei com uma doutora chilena, fiz alguns exames, fiz a cirurgia que eles pediram a laparoscopia, a histerosalpingografia, fiz tudo que pediram

aqui e no Hospital das Clínicas e meu marido ficou me acompanhando. Falaram que eram corpos de endometriose só isso, e havia uma obstrução nas trompas. Foi isso o que deu naquela chapa. Depois da histero, fizeram a laparoscopia. Passou um tempo, isso foi em 1993, que eu fiz a laparoscopia. Ele fez o espermograma, não deu nada era só comigo, obstrução nas trompas e a gente está tentando. Tive uma tentativa de proveta também. Na primeira, não teve fecundação nenhuma, foi em 96. Aí, eu fiz mais uma, fecundou um óvulo também não vingou, transferiu ficou só um mês e aí menstruei (Renata, 32 anos, negra, encarregada de confecção, obstrução tubária, 3ª Fiv, Pérola Byington).

Renata fez um aborto contra sua vontade. E, hoje, revela uma dor, uma culpa muito grande pelo fato de ter tirado um feto, quando queria prosseguir com a gestação. Culpa sua mãe por tê-la feito praticar o aborto. Contudo, revela uma situação difícil para sua mãe, já que cuidava sozinha dos filhos e temia, naquele momento, a gravidez da filha. Posteriormente, a mãe veio a falecer e ela ficou cuidando do irmão.

Um aspecto que chama a atenção nessas trajetórias de busca da maternidade, é que muitas entrevistadas, antes de chegarem a esses serviços, percorreram um longo caminho por outras clínicas, muitas vezes fazendo exames desnecessários, exames mais invasivos, sem que tipos mais simples e confiáveis fossem feitos antes, ou realizando exames durante muito tempo sem que houvesse uma definição de sua situação, um diagnóstico ou tratamento específico. Alguns casos referem-se a atendimentos de convênios médicos ou seguros de saúde. O sentimento das mulheres e também de homens que relatam essa situação é de que perderam muito tempo e recursos.

Essa questão foi abordada por Lopes em entrevista a Rodrigues (1998:146). Segundo esse profissional, muitos médicos ficam segurando o casal, adotando terapias pouco eficazes, por não disporem de tecnologia para tratamentos mais sofisticados, fazendo com que percam tempo e dinheiro. Assim, quando chegam a alguns serviços mais completos e éticos, a mulher já está com 42, 43 anos, e é muito difícil, utilizar seus

próprios óvulos para engravidar. Esse abuso em tratamentos foi expresso em várias entrevistas.

Olha, eu acredito que o meu médico, ele errou, porque o primeiro exame que eu fiz com ele, depois dos exames comuns de uma ultra-sonografia e de um papanicolau, foi uma videolaparoscopia. Eu fui fazer uma histerossalpingografia depois que já tinha feito uma laparoscopia, que é um exame que para mim foi muito doloroso. Eu insisti muito com ele antes de fazer esse exame, perguntei muito se ia ser dolorido, se ia precisar ficar no hospital. E ele me dizia "não, é só um exame, não tem nada, você vai tomar uma anestesia porque não tem condições de ficar acordada mas não vai doer, vai ser só uma coisa te incomodando um pouquinho, mas você vai sair daqui no outro dia e vai poder trabalhar". Ele não fez teste pós-coito como fiz aqui, que imagino assim que é um exame muito mais simples e que tem uma eficácia. Antes de fazer essa videolaparoscopia ele pura e simplesmente me disse que eu tinha endometriose e que ele tinha que ter certeza disso. E eu não tinha cólicas, não tinha o quadro para endometriose. Depois que fiz o exame e passei muito mal, fui consultar outro médico. Eles não dizem, mas ele deu a entender, "você não fez os outros exames antes?" Não, não fiz porque não foi pedido. E ele tinha especialidade em infertilidade. Ele é formado em reprodução, foi indicado pela minha ginecologista como sendo um dos melhores de São Paulo. Ele é muito chato, não dá explicação nenhuma para a gente. Achei que ele falhou, sim, principalmente por causa desses exames, porque, em seguida, ele já ia fazer inseminação sem fazer os outros exames. Eu já tinha saído de lá com a receita, uma prescrição da medicação para comprar e para começar a fazer as inseminações com ele. Só não fiz porque perdi a confiança nele, a partir do momento em que ele disse que eu ia ficar um dia no hospital e fiquei uma semana. Fiquei uma semana no hospital e mais quinze dias em casa, foi quando fiquei um ano sem ir em médico nenhum. Falei, isso não vai dar certo, vou morrer num desses exames, porque o próximo, se ele resolver fazer alguma coisa que diz que vai ser comum e eu passar por uma situação dessas, não vou mais fazer. Quer dizer, perdi muito tempo, foi quando eu vim para cá (Zilda, 30 anos, branca, desempregada, infertilidade sem causa aparente, 3ª inseminação, Pérola Byington).

Mirtes chegou a fazer uma fertilização *in vitro* em outro serviço, que resultou em aborto, antes de chegar ao Hospital Pérola Byington. Ela descreve assim o atendimento: *Porque aqui, depois que faz a transferência, a gente fica quatro horas; lá, coloca e depois pode levantar e ir embora, que nenê que fica? Não fica e te deixa louca da cabeça. Depois, quando começou minha menstruação, eu telefonei para a médica e falei, "Dra. estou menstruando", ela falou "eu não tenho o que fazer, você vai menstruar". Quer dizer, não manda a gente voltar para examinar. Dessa vez, sangrou um pouquinho só que o médico mandou a gente vir, eu vim aqui no pronto-socorro. Só que ela não, então a gente se sente uma cobaia (Mirtes, 33 anos, branca, desempregada, obstrução tubária, grávida na 2ª Fiv, 1 filha, Pérola Byington).*

Joana, casada há 11 anos, passou por vários médicos antes de chegar ao Hospital Pérola Byington, onde está há quatro meses. Sua situação expressa com bastante propriedade a longa jornada dos casais com problemas de fertilidade. *Não tomava nada. Assim que eu casei, já queria o bebê, e muito, e não conseguia. Depois de um ano, comecei a fazer aqueles exames rotineiros de laboratório de firma. Fiz até onde eles podem fazer, porque exames caros eles já não fazem. Aí, fui procurar convênios médicos e chegava numa nova etapa que eles não cobriam. Você fez algum exame parecido com os que você fez aqui? De forma alguma. Foram dez anos, dez anos de um convênio a outro. O último convênio foi do Medial Saúde: eles descobriram que eu tinha duas trompas entupidas. Faz seis anos que descobriram esse problema. Tive de pagar; eu tinha convênio, mas mesmo assim tive de pagar para fazer esse exame, porque o convênio não cobria. Desisti, porque cada vez que fazia laboratório, saía mais desiludida ainda, eu me achava a pior pessoa do mundo sem nenhuma expectativa de esperança. Aí eu fui ao PAS (Programa de Assistência à Saúde do município de São Paulo), porque se pagando nada resolve então eu vou no PAS. Lá, eu conheci a Dra. Regina, que é médica da Interclínicas e também atende no PAS, na parte da tarde. E ela me falou desse hospital, e me deu carta daqui. Estou contente; faz quatro meses que estou aqui e fiz exames em quatro meses, eu vou fazer ainda, que em dez anos pagando*

eles não fizeram. Então, veja bem, a desilusão, eu fiquei muito desiludida porque tem um ditado que diz que dinheiro compra, mas dinheiro não compra, porque eu paguei os exames, então quer dizer que não compra (Joana, 37 anos, negra, manicure, infertilidade sem causa aparente, 1ª inseminação, Pérola Byington).

Sandra também revela ter passado cinco anos fazendo exames por meio de convênio médico de sua empresa, sem conseguir chegar a um diagnóstico. No seu caso, ora fazia exame para checar a ovulação, ora seu marido fazia espermogramas. Nunca chegou a tomar um medicamento. Seu marido, após um espermograma, foi informado pelo médico de que nunca seria pai, pois possuía baixa contagem de espermatozóides. Essa “revelação” abalou-o bastante já que tinha uma filha da primeira união¹²⁷. Segundo Sandra, *“eu fiquei muito tempo batendo na mesma tecla, não que meu médico não fosse um bom ginecologista, mas a área de infertilidade não seria a área dele”*.

Celso, entrevistado no Hospital Pérola Byington, tem 28 anos, e observa ter tido uma trajetória em que os exames e os procedimentos não apresentaram resultados satisfatórios. *Logo que nós casamos, nós já tínhamos namorado um certo tempo e decidimos ter um filho. Ela já começou a não tomar anticoncepcional e aí o que aconteceu: nada de engravidar, nada de engravidar. Passou um ano, nós fomos ao médico e ele começou a pedir uma série de exames. Na época, nós tínhamos convênio com a AMESP, no hospital de Araguaia, em Moema. O médico me pediu exames também; nesse meio tempo, fiz seis espermogramas, estou assim de saco cheio de fazer. Eu não ligo em fazer, só que fiz demais, então acabou me estressando porque é um exame meio chato. Tanto é que os médicos, daqui do Pérola Byington, me disseram que não havia necessidade de tanto espermograma que, dependendo do resultado de um, eles já saberiam os próximos. Você fez o espermograma e sua mulher fazia o quê? Ela fez... alguns nomes eu lembro ela fez a videolaparoscopia, fez biópsia, tirou um pedacinho do útero, ela fez uma cirurgia que cortou a barriga dela, cortou o umbigo, fez um exame*

¹²⁷ Posteriormente, em outro exame, foi constatado que houve um erro do laboratório e sua contagem era normal. Rodrigues (1998) também comenta os resultados de exame similar de seu marido. O laboratório chegou a incluir um zero a mais na contagem dos espermatozóides.

intravaginal que doía muito, eu não sei os nomes mas sei que ela fez uma série de exames. Fizemos entrevistas, no hospital, que nós tínhamos uma equipe de 32 médicos. Tudo bancado pelo convênio; aí, infelizmente, saí da empresa que eu trabalhava. Eu trabalhava na Brastemp, ela trabalhava junto comigo também, então o convênio cobria sem problema nenhum. E chegamos a fazer inseminação, fizemos 3 inseminações. Fizemos a primeira e a médica falou que com certeza na segunda nós conseguiríamos; fizemos a segunda, infelizmente, não deu certo; na terceira ela falou: “pode trazer a champanha que é batata” levei a champanha e caí do muro porque não deu certo também. A gente já não aguentava mais, ela me encaminhou para uma colega de trabalho, que era particular. Eu achava que particular eu iria ter um desempenho melhor; aí, fui gastei o que tinha e o que não tinha, gastei o ano retrasado quatro mil e oitocentos reais de cartão de crédito, só de consulta. Aí o que aconteceu? Nós fomos mais um meio de dinheiro para eles, porque, na realidade, eles estavam fazendo coisas que já sabiam. Eu já tinha levado todos os diagnósticos, então ela já poderia me falar o que era e o que não era e, no entanto, ela começou a pedir uma série de exames, tudo novamente. Começou a me pedir espermogramas e eu falei: não, tem alguma coisa errada, porque eu já havia feito. Foi quando a minha esposa encontrou uma colega dela que falou: por que você não vai no Pérola Byington, é um ótimo hospital, é totalmente gratuito e eles tem uma puta equipe, eles vão te dizer realmente se você pode ou não ter filhos. Aí nós viemos com toda documentação, por escrito, e a médica falou: “Não, não há necessidade de você fazer essa série de exames, eu vi que vocês fizeram todos basicamente”. Nesses dois lugares que você passou não houve a explicitação de um diagnóstico? Não houve. Eu cheguei a perguntar para uma médica: “mas minha esposa é estéril, ou o problema é comigo”? Ela falou “não, sua esposa não é estéril” e eu falei: “qual é a causa”? Ela falou: “olha a causa não existe, vocês vão tentando até o dia que ela engravidar”. Essa foi a resposta que eu tive, depois de pagar quatro mil e oitocentos reais, foi onde desisti de tudo. Eu vim para cá, espero que aqui... pelo menos por enquanto não tive decepção nenhuma, muito pelo contrário. Eles chegaram a conclusão que a Regina tem uma acidez muito forte, essa acidez mata todos os meus espermatozoides, já não são muitos, os poucos que têm já morrem. Minha contagem é

um pouco baixa; devido a isso eles vão já nos encaminhar diretamente para o bebê de proveta; por já termos feito 3 inseminações artificiais (Celso, 28 anos, branco, bancário, fator masculino e incompatibilidade no casal, 3ª Fiv, Pérola Byington).

Celso revela uma situação que se repete muito entre os casais em busca de tratamento para a infertilidade: contínuas investigações médicas sobre o que já se sabe e realização de procedimentos para os quais não se esperam resultados positivos.

Laura também viveu uma situação similar. Após reversão de ligadura tubária, ficou dois anos fazendo tratamentos. Ela tomava medicação para indução da ovulação, objetivando uma gravidez por vias naturais. O serviço, na época, não utilizou outra técnica conjugada com a indução, pois o laboratório para realizar a fertilização *in vitro*, estava ainda em fase de montagem. No seu caso, é provável que a reversão não tenha obtido os resultados esperados; contudo, não foi feita qualquer checagem dessa situação e Laura ficou, durante dois anos, tomando medicação e aguardando uma gravidez.

O caso de Rodrigues é bastante elucidativo dessa situação. Conforme mencionado anteriormente, Rodrigues (1998) foi usuária de tratamentos de infertilidade e, recentemente, escreveu um livro, sobre a sua história e de outras mulheres inférteis em busca da gravidez. Numa passagem, ela menciona uma situação interessante vivida em sua trajetória. Depois de ter passado por várias clínicas voltadas ao tratamento da infertilidade, ter recebido diferentes diagnósticos e se submetido a alguns procedimentos, foi-lhe solicitado que fizesse uma segunda histerossalpingografia. Apesar do resultado apresentar apenas uma pequena falha na trompa direita, o médico recomendou uma Fiv. Quando, numa conversa, a cliente revelou ser filha de médico, o profissional parou de olhar os exames e recomendou que ela desse o assunto por encerrado, pois agora conseguiria engravidar sozinha. Segundo ele, não havia nenhum motivo aparente que impedisse a gravidez. A busca pelo lucro, pelos profissionais, é um dos aspectos a serem destacados na trajetória vivida pelos casais.

Esses entrevistados relatam ter passado por vários convênios médicos, realizado vários exames sem terem chegado a um diagnóstico. Na realidade, os planos privados de saúde e seguros privados de saúde não cobrem gastos com reprodução assistida, com as técnicas em si. Eles cobrem, às vezes, alguns procedimentos laboratoriais e exames que são utilizados na chamada pesquisa básica para identificar o problema de infertilidade da usuária ou usuário. Em regra, trata-se de exames de custo considerável, uma ultrasonografia custa, em média, R\$120,00 (cento e vinte reais), e que, muitas vezes, podem ser realizados desnecessariamente. Como parte das pessoas que fariam uso dessas técnicas não dispõe de recursos para um tratamento de custo elevado e pouca resolutividade, e os planos privados de saúde não cobrem esses tratamentos, parece ser freqüente que fiquem passando de uma clínica a outra, fazendo exames e procedimentos desnecessários. Aliás, como já mencionado, muitos desses serviços ofertam somente parte das técnicas de reprodução assistida, geralmente, a mais simples delas, a inseminação artificial, mas tendem a “segurar” os casais, repetindo um procedimento com pouca chance de resolutividade.

Muitas pessoas vão encontrar, nos poucos serviços públicos disponíveis, a condição de realizar um tratamento. Contudo, mesmo no serviço público, em que, por princípio, o acesso é universal, o atendimento pode ser diferenciado. Os procedimentos de reprodução assistida requerem uma quantidade considerável de exames prévios, para identificar o tipo de infertilidade e definir um diagnóstico, e de outros tantos exames para acompanhamento dos procedimentos. Devido ao sucateamento do sistema público de saúde, à insuficiência de recursos humanos e materiais, esses serviços não conseguem responder à demanda por exames. Alguns resultados podem demorar cerca de quatro meses, aparelhos quebram e demoram para serem reparados e, muitas vezes, é necessário percorrer vários lugares para receber atendimento.

Por isso, muitas usuárias do Hospital Pérola Byington utilizam o expediente do plano privado de saúde para realizar os exames solicitados, diminuindo seu tempo de espera na fila para o procedimento. Aquelas que não dispõem desse recurso, ficam à

espera do atendimento público. Assim, há mulheres que entraram no Hospital com 38 anos e somente agora, já com 41 anos, iniciar um procedimento. Aquelas que conseguem agilizar o atendimento, ou já realizaram a maioria dos exames em outro lugar, podem diminuir seu tempo de espera e, às vezes, em menos de um ano já iniciam os procedimentos.

A sexualidade e a vida afetiva

Quando os casais resolvem procurar uma ajuda médica para lidar com o fato de a gravidez não acontecer, após algum tempo de tentativa, em geral um ou dois anos de espera, iniciam um longo processo de exames e procedimentos que busca estabelecer um controle objetivo e detalhado sobre suas vidas. É necessário submeter-se a vários exames, passar a controlar em detalhes os sinais do corpo, como menstruação, ovulação e, principalmente, a própria sexualidade deverá ser acompanhada e fixada em certos parâmetros. Assim, por exemplo, para a realização de alguns exames, é necessária a abstinência sexual por dois ou três dias. Para outros procedimentos, no caso, exames pós-coito ou na inseminação artificial, são sugeridas relações sexuais, em datas e prazos específicos. Para os homens, há a coleta de sêmen para realização de exames laboratoriais ou para a realização dos próprios procedimentos de inseminação artificial ou fertilização *in vitro*, em dias e horários já definidos. Muitas vezes, essa situação de pressão impede-os de colher o material, sendo necessário agendar outro dia ou sugerir outro local para sua coleta.

Segundo Zilda, *no começo era mais complicado, porque a gente não namorava mais - a gente queria fazer filho de qualquer jeito. Nós fazíamos assim, tipo ficávamos sem ter relação durante uma semana, porque os médicos falavam que era para depois tentar no dia fértil e aí tinha relação e esperava o próximo mês e nada. E ficava aquela angústia...meu marido começou a controlar a minha menstruação, está atrasada, não está, é hoje, como eu sou certinha ele ficava olhando o calendário, o dia, o dia fértil, tirava a temperatura. É uma piada porque você não tinha mais prazer em nada você só*

queria conseguir ter um filho. Com o tempo, você vai parando com essa loucura, porque é muito tempo, muita espera, então a gente vai se adaptando à ideia de não ter. Depois, quando você faz essas inseminações, você vive um processo de transformação, seu organismo, você tem uma ovulação muito maior então dá uma dor razoável, uma cólica, um incômodo, dói bastante e já não tem vontade nenhuma de ter relação e, sabe, sai daqui no dia da inseminação e eles falam que você tem que chegar em casa e ter relações para ajudar né, é uma coisa... estranha. E você vai se adaptando ao que aparece, tem exames que a gente tem que ter relação com hora marcada, tem que pôr o relógio para despertar porque os dois dormem, é uma loucura (Zilda, 30 anos, branca, desempregada, infertilidade sem causa aparente, 3ª inseminação, Pérola Byington).

Segundo Laura, a vida sexual era uma barbaridade. Para o homem, é até pior, porque ele tem que desempenhar, tem que aparecer. Então, era uma coisa que para a gente não é assim aquela coisa tão ativa, você pode ser mais passiva, não tem nada que demonstre que tem um cansaço, sei lá, aquela coisa que eu te falei, você tem que comer e não está com vontade, não está com fome e tem que ser hoje, amanhã e depois, então era assim meio ruim. Às vezes até eu pensava, vou ter que desistir, vou deixar que seja naturalmente, mas naturalmente, do outro lado, não tem jeito (Laura, 43 anos, branca, bancária, ligadura tubária, 2ª Fiv, 3 filhos, Cenafert).

Edson, um dos homens entrevistados, usuário de clínica privada, comenta seu sentimento diante da busca pela gravidez afetar a vida sexual, particularmente quando da realização de exames preliminares. A expectativa atrapalha o bebê vir e me agrada muito essa união sexual; agora é mecânico, mandado pelo médico, não é a melhor possibilidade. “Olha vocês vão ali, resolvam o problema e voltam para fazer o exame”. Isso não é possível acontecer e se acontece também é terrível, é uma experiência muito ruim. Então, quando vou para o tratamento, é mais isso, tinha que transar à força. Depois, ir para o trabalho, fica uma situação caótica. Esse período de tratamento é uma situação muito ruim. Porque a expectativa tira um pouco do prazer (Edson, 33 anos, branco, economista, fator masculino, 1ª Fiv/ICSI, mulher grávida, Cenafert).

Essa tentativa de circunscrever a própria sexualidade em parâmetros definidos e específicos acaba por transformá-la num ato mecânico, necessário para atingir um objetivo tão almejado, a gestação. Importante mencionar que, em face dessa tentativa médica de estabelecer limites precisos para a sexualidade, não raro, os casais tentam escapar dessas regras. Durante o acompanhamento do serviço de infertilidade do Hospital Pérola Byington, alguns profissionais relataram histórias de casais que “driblam” algumas exigências necessárias para a realização dos exames. Por exemplo, não chegam a guardar abstinência sexual por períodos definidos. Para realizar o espermograma, os homens devem manter abstinência sexual por pelo menos três dias. Não raro, após a realização do exame do marido, a mulher vai buscar o resultado e, diante do fato de o exame apresentar baixa contagem de espermatozóides revela que eles não seguiram a orientação de abstinência sexual.

Ademais, a própria percepção do corpo e do processo reprodutivo é alterada. Para as mulheres, o corpo é visto com culpa e como se fosse portador de uma doença grave¹²⁸. Ele é a representação de algo que está errado, **que não funciona adequadamente**. A menstruação é o sinal mais evidente dessa inadequação, sendo encarada com extrema negatividade. Se o corpo é encarado numa perspectiva negativa, os tratamentos supõem uma atitude de vigilância constante, fazendo com que ele seja alvo de olhares e acompanhamentos. É preciso manter sob observação qualquer sinal corporal que possa indicar alguma mudança no projeto de gravidez. A fixação do pensamento na possibilidade de engravidar e a repetição de uma série de condutas e atitudes anula uma espera prazerosa por filhos. O processo todo fica envolvido por muita ansiedade, afetando substantivamente a vida das pessoas.

¹²⁸ Goldstein (1993:75), em um estudo sobre o discurso de mulheres num programa de esterilidade conjugal, mostra que muitas temem que a esterilidade seja fruto de outros problemas físicos, como, por exemplo, o crescimento de um tumor maligno. Temem que venham a ter problemas durante a gravidez, como abortos, bebês com malformações e morte no parto. Também relatam episódios de atrasos menstruais e sintomas de gravidez. E, freqüentemente, choram todo mês, diante da chegada da menstruação.

A própria reprodução passa a ser explicada em termos de uma narrativa complexa em torno da concepção, marcada pela relação da tecnologia com a medicina. A concepção deixa de ser vista como um encontro erótico entre um homem e uma mulher. As histórias sobre a concepção, de casais que buscam a gestação através da reprodução assistida, passam a ser descritas em termos de: como funcionam os ovários, como é feita a moderna análise do sêmen, crescimento e aspiração de folículos, nomes e doses de hormônios e medicamentos, microcirurgias, como e porque são feitos os exames, bebês de proveta, etc. (Corrêa, 1997:210).

Em regra, as entrevistadas relatam histórias em que os maridos e companheiros “dão muito apoio” durante o tratamento. Contudo, há casos revelados de muita cobrança da gravidez, pelos parceiros, que resultaram em separação. Algumas temem que os parceiros as vejam sofrer ou chorar ante a dificuldade de obter um filho, o que poderia indicar uma “fraqueza”; é freqüente a fala de que “dividem” com o parceiro a situação, apesar de chegarem a chorar ou pedirem para desabafar com a entrevistadora o que estavam sentindo naquele momento, sinal de que não têm tanto apoio assim. Além disso, muitas expressam que o marido apóia qualquer decisão tomada por elas. Ou seja, não se compartilha a situação; a questão da reprodução, dos filhos, é algo que diz respeito à esfera de responsabilidade feminina e a ela cabe decidir continuar com o tratamento ou não. Apesar disso, muitas revelam haver uma pressão masculina pelo filho biológico, sendo resistentes à resolução da questão pela via da adoção, por exemplo. Acredito que essa situação permite compreender a angústia vivida pelas mulheres.

Aliás, os relatos ouvidos dos homens, todos muito concisos ao falarem da questão, revelam haver uma distância entre as percepções masculinas e femininas, decorrentes desse processo. Há homens que sequer sabem mencionar qual é o problema de infertilidade que sua parceira tem. Essa situação pode ser decorrente do fato de praticamente todos os procedimentos ocorrerem no corpo feminino ou estar relacionado a ele. Pode-se supor também que tenham ficado pouco à vontade para falar sobre questões tão íntimas e pessoais a uma estranha e, ainda, mulher.

Claúdia ficou com medo de perder o companheiro porque não conseguia engravidar. *E também, a primeira vez, como mulher a gente pensa assim, o homem é simples vai lá faz na mulher e pronto. Porque quem mais queria ter filho era ele, eu não estava mais tão interessada, eu queria mais é adotar era mais prático, já que fez uma vez e não deu certo. E ele, como quer, quer dele mesmo, eu ficava pensando poderia arrumar outra mulher. A gente se sente um pouco inútil, não poder ter filhos. O homem, às vezes, por mais compreensivo que ele seja, tem aquela...forma de arrumar mulher à hora que quiser, quando quiser, sei lá. Ele ficava com muita vontade de ter um filho e eu não conseguia dar o filho para ele e, então, provavelmente, ele ia arrumar filho com outra mulher. Mas também depois pensei, se ele quiser adotar comigo adota, se não eu adoto sozinha, independente dele. Fiquei decidida mesmo. Se não desse certo da segunda vez, eu ia adotar, e se ele quisesse aceitar, aceitaria; se não, eu ia ter um filho de qualquer jeito (Claúdia, 30 anos, branca, microempresária, obstrução tubária, 2ª Fiv, grávida, Pérola Byington).*

Fátima foi muito cobrada pelo primeiro marido. *Quando ele não cobra, ainda dá para levar, mas quando fica cobrando, é terrível. Como com meu primeiro marido. Uma vez ele falou para mim que eu não prestava nem para parir. Às vezes, eu ainda sonho com isso, parece que ainda escuto a voz dele na minha cabeça, falando aquilo. Hoje, meu marido quer ter um filho, mas não cobra isso de mim, fica mais fácil. Ele me dá apoio, dá mais vontade de lutar. Mas uma coisa eu sei, eu vou até o fim, eu vou conseguir. Ele merece um filho e eu vou dar a ele, nem que seja a última coisa que eu faça neste mundo (Fátima, 34 anos, parda, desempregada, seqüelas de aborto, 2ª inseminação, Pérola Byington).*

Há outras situações, como a de Joana, em que o próprio companheiro assume ter problemas de infertilidade, quando não tem, visando “poupá-la” das cobranças familiares. *Para a minha e para a família dele o problema é dele, ele faz questão de falar que ele é que tem problema e ele não tem. O problema sou eu mas ele acha que se falar que o*

problema é dele, a família dele não vai me cobrar...Então, isso para mim é um alívio, porque a mãe dele me trata com muito carinho e pede para eu ter paciência com ele. Eu acho que o que o meu marido fez por mim ninguém faria, por isso, eu falo para você, às vezes eu me emociono muito porque não sei se teria coragem de fazer isso por ele (Joana, 37 anos, negra, manicure, infertilidade sem causa aparente, 1ª inseminação, Pérola Byington).

A maneira como são construídas as relações entre os gêneros indica, nesse processo, que as mulheres se sentem muito devedoras a seus parceiros. Como a maternidade é vista como o atributo feminino mais importante¹²⁹ e não há um reconhecimento social equivalente em outras expressões da sua individualidade, quando não conseguem engravidar, tornam-se inseguras da relação com o marido, temendo que ele se separe e procure outra mulher para conseguir o filho.

Em muitos relatos, as mulheres revelam que a maternidade é a situação que permitirá completá-las como mulher. Praticamente não houve menção de algo criativo e interessante que estivessem fazendo ou buscando na vida, como, por exemplo, algum tipo de estudo, prática esportiva ou atividade de lazer. Goldestein (1993:74) também menciona esse fato. Segundo a autora, é raro que as mulheres relatem a realização de alguma atividade em que se sintam produzindo algo. Algumas, inclusive, interrompem sua atividade profissional para dedicarem-se exclusivamente à pesquisa e tratamento da infertilidade.

Acredito, enfim, que seja possível pensar que essas mulheres querem um filho por diferentes razões. Algumas revelam a necessidade de “agradar” o marido; outras, porque

¹²⁹ Acredito que a maternidade é vista como uma realização socialmente desejada. Contudo, é valorizada dentro de determinados critérios. Assim, o princípio da família pequena, com um ou dois filhos é, muitas vezes, visto como o modelo a ser seguido, especialmente, para as famílias de baixa renda. Os setores sociais que defendem políticas de controle da natalidade, frequentemente, utilizam as famílias pobres com muitos filhos, como um exemplo do problema que deve ser eliminado. Aliás, a percepção do número adequado de filhos não deixou de ser mencionada pelas mulheres no Hospital Pérola Byington. Segundo muitos relatos, só teriam direito de estar buscando um filho, naquela instituição, as mulheres que não tem nenhum. Aquelas que já tiveram, pelo menos um, não deveriam estar ocupando o lugar de outras.

se sentem sozinhas e querem uma companhia, umas buscam no filho uma realização pessoal, um investimento afetivo e social; outras valorizam o gestar, as transformações no corpo, os meses da gravidez; muitas não ligam para a gravidez e querem mesmo um bebê em casa; há aquelas que imaginam o filho como um apoio, para evitar a solidão no momento de envelhecer.

Pensando as técnicas e a maternidade

Como Corrêa e Ferreira observam em seus trabalhos sobre as tecnologias reprodutivas voltadas à concepção (Corrêa, 1997; Ferreira, 1998), grande parte da introdução e divulgação dessas técnicas, no país, foi feita através da mídia em geral, especialmente no final da década de 80 e a partir dos anos 90. Esses dois trabalhos abordaram o espaço que é dedicado à reprodução assistida, na mídia impressa, e revelaram uma presença semanal de matérias sobre o assunto, abordando as inovações, o debate ético que as envolve, em regra, através de um tom sensacionalista. As técnicas são descritas como uma revolução, um avanço extraordinário, ao mesmo tempo que chegam a ser apresentadas de maneira a parecerem simples e facilmente absorvíveis por qualquer um. Essas práticas acabam por conferir caráter de simplicidade às técnicas, o que reforça a propaganda de sucesso e êxitos da ciência, dando a idéia de uma tecnologia acessível e eficaz. Essa intensa divulgação das técnicas contrasta com a dificuldade de acesso a elas, em razão de seu alto custo.

Os relatos colhidos por esta pesquisa indicam que a maioria dos entrevistados já tinha ouvido falar das técnicas, através da imprensa. No entanto, alguns usuários e usuárias estão iniciando os procedimentos, sem ter uma informação adequada sobre eles ou desconhecendo-os completamente. Outros fazem muita confusão sobre os tipos de técnica disponíveis e, não raro, pediram explicações à própria pesquisadora, durante a realização da entrevista¹³⁰. Há também relatos de pessoas que, a partir da constatação de

¹³⁰ Os dois serviços observados e que forneceram acesso às entrevistadas possuem uma atividade de orientação e informação sobre os procedimentos. No caso da clínica privada, há um espaço (semanal) em que são feitas apresentações, por um médico da clínica, sobre as técnicas de reprodução assistida, seus

algum tipo de infertilidade, foram buscar informações sobre sua situação e os tratamentos disponíveis, revelando um razoável repertório de conhecimentos sobre os procedimentos e, às vezes, de seus riscos. Essas observações e os relatos apresentados a seguir, reforçam as análises sobre o papel da mídia em face da difusão das tecnologias reprodutivas e da medicalização social.

Não tinha ouvido falar no bebê de proveta, o que era o bebê de proveta. Uns falavam assim, bebê de proveta é o seguinte: o esperma do homem coloca na mulher. Eu falei assim eu não quero, imagina eu vou querer do meu marido e não de outro. Depois, busquei uma orientação, exatamente aqui mesmo com a doutora, eu achava que o bebê de proveta era assim uma coisa que fosse fácil. Ai, eu estive comentando com as outras mulheres e vi que não é nada disso. O bebê de proveta é o seguinte: tira o esperma do homem, tira da mulher, e põe num negócio lá que ela falou e então ali vai crescendo e depois faz a aplicação. Não é nada de outro homem, eu falei porque se for de outro homem eu também não quero, meu marido jamais vai aceitar. Eu quero que seja do meu. Então eu expliquei para ele depois. Conversei com ele numa boa, que achava que bebê de proveta era com esperma de outro homem. Falei, tem que ser o seu junto com o meu e aí faz uma aplicação e ele se conformou e falou “ vamos em frente” (Inês, 41 anos, parda, dona de casa, obstrução tubária, 1ª Fiv, Pérola Byington).

procedimentos, taxas de sucesso e riscos envolvidos. Os casais, ou mulheres que passam pela primeira consulta, são orientados para comparecerem e se informarem sobre os procedimentos, antes mesmo de terem um diagnóstico definido. No Hospital Pérola Byington, os casais candidatos passam por uma reunião mensal (última quarta-feira do mês) em que o procedimento de fertilização *in vitro* é apresentado por um médico do serviço e uma psicóloga, com explicação sobre cada etapa do procedimento, exames requeridos, normas do serviço, taxas de sucesso, taxas de gravidez múltipla e riscos envolvidos. Como o serviço é grande, essas reuniões chegam a contar com 60 casais. Nesse encontro, os casais preenchem um livro de registro com seus dados pessoais. Esse livro corresponde à “fila” de atendimento do serviço. Posteriormente, serão chamados pela ordem em que aparecem nesse livro, através de telefonema ou telegrama, para iniciar o procedimento de fertilização *in vitro*. Para aqueles que irão passar por uma inseminação artificial, o roteiro é diferente, e, acredito, cria condições para disseminar a falta de informações. Os casais têm uma reunião com a psicóloga do serviço, no dia de realização do procedimento, no intuito de “dar um suporte antes da tentativa”, já que esses casais não passaram pela reunião mensal da fertilização *in vitro*. Na reunião que pude acompanhar, todos os cinco casais pareciam tranquilos, mas alguns chegaram a revelar sua ansiedade diante da situação, com algumas “brincadeiras” sobre o aspecto que mais preocupa os casais nessa situação: a possibilidade do sêmen ser trocado.

Muitas usuárias e usuários revelam tomar conhecimento sobre os procedimentos e sobre as novidades nessa área através da mídia impressa e, particularmente, da televisão, citando inclusive casos recentes de figuras públicas que se submeteram a essas técnicas e foram notícia.

Inclusive a gente gosta de assistir de manhã cedo, na rádio Bandeirantes, que eu trabalhava à tarde, tem um jornal com o Dr. Pinotti, não sei se você já ouviu falar desse médico, eu descobri que ele falava lá. Ele mencionou o hospital Pérola Byington, hospital das mulheres tal, e a minha esposa já queria engravidar e não conseguia, aí, numa dessas entrevistas, ele chamou a atenção dela. Falou sobre esterilidade. Ela se aprofundou mais no hospital Pérola Byington, encontrou uma amiga que comentou do hospital e veio sem dívidas para fazer os tratamentos. Ela começou a comprar uma série de revistas sobre esterilidade, bebê, a vida do Pelé. Dele, eu sei como foi feito, como não foi feito, da Xuxa também, embora as pessoas digam que a Xuxa não fez inseminação, mas saiu em algumas reportagens que ela fez inseminação. Então, qualquer tipo de assunto relacionado a esse aspecto em casa tem, revista, jornal. A gente procura se informar o máximo a esse respeito, porque cada caso é um caso, às vezes o que acontece com uma mulher não acontece com outra. Então a gente lê tudo para poder saber em qual situação a gente está se encaixando e, com certeza, em alguma a gente se encaixa. ...Conhece alguém que já fez? Eu vim a conhecer dentro do próprio hospital, no próprio Pérola Byington. Minha esposa chegou a ter amigas que falaram que ficaram tipo dez, oito anos fazendo tratamento e, felizmente, conseguiram. Hoje, são mãe-avó porque passaram alguns anos tentando. Isso é super legal porque é um incentivo para a gente. Só o fato de você saber que pessoas com o mesmo problema conseguiram, inclusive eu senti falta aqui e lá em cima das fotos que tinham; no outro prédio, tinha muitas mães, crianças, bebês e aqui não tem¹³¹. Ah, tem o caso da Fátima Bernardes

¹³¹ Ele refere-se a um painel com fotos de bebês nascidos dos procedimentos feitos no Programa do Hospital Pérola Byington. Com a mudança recente de endereço, o quadro ainda não tinha sido afixado. Celso chega a mencionar "A primeira coisa que eu perguntei foi cadê o quadro das fotos que a gente fica olhando... parece que não, para vocês eu não sei como é, mas para a gente é um grande incentivo, esse negócio das fotos do quadro, inclusive se você tiver oportunidade de colocar novamente eu acho que é muito válido, tanto um ou dois quando são gêmeos, quando são trigêmeos..."

também que é repórter da Globo, ela tem os bebezinhos e nós acompanhamos desde quando ela falou que estava grávida (Celso, 28 anos, branco, bancário, fator masculino e incompatibilidade no casal, 1ª Fiv, Pérola Byington).

Os casos de sucesso apresentados na mídia figuram como importante estímulo aos casais que encontram dificuldades para engravidar. Esses sucessos são excepcionais diante do número de pessoas que utilizam as técnicas, mas cumprem um importante papel de propaganda do que a reprodução assistida pode fazer - trazer o tão almejado bebê. Aliás, criam uma ilusão de acesso e poder que, no entanto, é diferenciada. Muitos vão continuar só sonhando pois o alto custo não permitirá qualquer tentativa. Outros, independente de poderem arcar com as despesas, encontraram insucessos em razão do baixo desempenho das técnicas.

Algumas entrevistadas questionam-se sobre o sucesso das técnicas, sua real possibilidade de proporcionar a tão sonhada gestação. Assim, Zilda, por exemplo, espera encontrar outras grávidas no serviço, para reforçar a idéia de que o tratamento funciona. *Tem colegas que fizeram junto comigo, que engravidaram da segunda vez, tem uma moça que engravidou na primeira inseminação e ficou grávida de gêmeos, conheço uma moça também daqui que trouxe o bebê para a gente ver, foi profeta. Essa semana eu falei para a Alessandra (atendente), as mulheres aqui ficam grávidas ou desistem, porque cadê as que estavam aqui? Ela falou "ficam sim, esse mês ficaram oito". Oito está bom né? Porque, às vezes, a gente fica muito tempo sem ver nenhuma das colegas grávidas e pensa será, meu Deus, que eu estou aqui e não vai resolver, será que não resolve para ninguém? Quando aparece uma ou outra grávida, a gente anima novamente, vamos continuar que vai dar certo (Zilda, 30 anos, branca, desempregada, infertilidade sem causa aparente, 3ª inseminação, Pérola Byington).*

Nice, que, como Zilda, já fez várias tentativas sem sucesso, reflete sobre o marketing envolvido na reprodução assistida e nas reais chances de êxito dessas técnicas. *A gente chega lá na clínica, vê um monte de bebê, se entusiasma, sendo que 10 é pro*

marketing dele (Joaquim) que aquilo o efeito psicológico é fantástico¹³². Porque fica assim eu quero é esse, eu quero é esse, me dá esse. É bem na entrada. Todos com ares de felicidade, ele com menino no colo, no ombro.

Se entre as usuárias e usuários do serviço público encontramos falta de informações sobre as técnicas, entre usuárias da clínica particular, com maior nível de escolaridade e acesso à informação, também observamos confusão quanto aos procedimentos.

*Fizemos a inseminação. Já tinha ouvido falar, mas é engraçado, mas você nunca pensa... eu já tinha feito até matéria sobre isso, mas nunca pensei que pudesse ser personagem desse tratamento. Mas eu sempre encarei numa boa, a grande maioria das pessoas tem uma certa resistência. Por que será? ...é um único feto? É um, graças a Deus. Porque eu implantei cinco. Nessa segunda vez eu implantei cinco. Então você não fez inseminação você fez fertilização *in vitro*? Não sei, foi? Você implantou embrião, não? É implantei embrião. Como da primeira vez? Foi a mesma coisa. Então não foi inseminação. Ah não? Não. Então, foi fertilização *in vitro*. Que é o chamado bebê de proveta. É, o bebê de proveta, aliás eles falam que é bebê de proveta, completamente errado, porque não é na proveta, eu implantei cinco, aí poderia até ser cinco teoricamente, mas era uma coisa que a gente ia ter que discutir, sabe eu e ele...mas ainda bem que é um....É, mas engraçado, como que essa coisa dá confusão, eu estava falando em inseminação artificial e na verdade não é inseminação artificial é bebê de proveta e eu sou uma pessoa que lê. Eu fiz o negócio (risos) e estava falando errado, quer dizer tem muita informação, sabe eu acho um assunto que está meio, que as pessoas sabem que existe, mas não é muito comentado, não sei se por preconceito, não sei, eu sei que não é uma coisa muito comentada ainda. Na roda que eu vivo, eu nem sei qual vai*

¹³² Nice refere-se a um painel que fica na entrada, na recepção da clínica, repleto de fotos de bebês sozinhos, no colo dos pais ou junto com o médico, muitas fotos tem gêmeos ou trigêmeos. Outras entrevistadas mencionaram o “efeito estimulante” que um painel desses faz em casais que têm problemas de infertilidade e buscam as técnicas de reprodução assistida.

ser a reação das pessoas (Rita, 33 anos, branca, jornalista, obstrução tubária, 2ª Fiv, grávida, Cenafert).

Se alguns entrevistados tinham um certo nível de informação sobre os procedimentos aos quais iriam ou estavam se submetendo e outros sequer sabiam diferenciar uma técnica de outra, praticamente todos já possuíam uma posição definida quando perguntados sobre o que achavam de alguns procedimentos mais polêmicos. Alguns deles já vêm freqüentando a mídia há algum tempo, como doação de material genético (sêmen e óvulos), mãe substituta ou útero de aluguel.

Situações como a de doação de semên ou de óvulos são, invariavelmente, vistas como uma novidade positiva que a ciência faculta, hoje em dia, àqueles que não podem realizar o desejo da gestação por vias naturais. Contudo, essa doação é vista sempre com restrições se significar receber material doado por alguém, ou seja, quase todos estão dispostos a doar gametas, material genético, para quem precisar, mas não lançariam mão desse expediente para si próprios. Alguns, nessas circunstâncias, preferem recorrer a uma adoção.

Como Edson, com diagnóstico de infertilidade por fator masculino: *Doação de sêmen? Para quem quiser eu dôo. Você receberia também? Recebo. Com um pouco mais de restrição. Não pensei sobre isso. Não sei até... aí eu adotaria, receber é um pouco mais difícil. Porque aí é uma questão mais egoísta. Porque de um casal que recebe sêmen, o filho, biologicamente, é só da mulher, não há nada que modifique isso. Não existe lei que retrate isso. É uma questão que precisa ser pensada. Se, por acaso, se separa, vão fazer o exame de DNA, não tem nada do sujeito ali e como é que fica? Eu acho que não tem jurisprudência para resolver. É difícil dizer se eu receberia. Aspecto legal não quer dizer nada. Eu não receberia, só se ela fizer muita questão disso. Oh, isso parece uma espécie de traição cibernética. Eu penso assim... ela reluta um pouco com isso. Na verdade, ela está sendo responsável com um assunto como esse, para receber sêmen. Eu não recebo e ponto final. Mas ela está sendo responsável sobre esse assunto,*

já que é tão importante, então questiona muito, não sei se porque não quero ou se quer segurança para fazer. Você acha que a resistência maior é dela? É sim (Edson, 33 anos, branco, economista, fator masculino, 1ª Fiv/ICSI, mulher grávida, Cenafert).

Interessante que Edson revela, a princípio, não ter pensado no assunto. Ao longo da fala, afirma que é contrário e finaliza tentando mostrar que a resistência é da esposa, quando, de fato, é sua. Mas sua posição diz respeito a um grande medo dos riscos decorrentes de arranjos socialmente estabelecidos. Receio da descoberta de que ele não é o verdadeiro pai; medo de que o filho possua características muito distintas das suas e que isso seja visto como uma transgressão à norma cultural e social.

As entrevistadas e entrevistados chegam a mencionar a cobrança familiar e social pelo filho, que ocorre logo no início da união, como algo que incomoda e pressiona. Às vezes, a cobrança é sutil; em outros casos falam de cobranças feitas por meio de brincadeiras pesadas e jocosas que, em regra, colocam sob suspeita a virilidade masculina e/ou a capacidade reprodutiva da mulher. Alguns preferem manter em segredo o fato de estarem fazendo algum tratamento para conseguir engravidar, visando evitar as cobranças daí decorrentes. Nessas situações de cobranças pelo filho, costumam surgir várias sugestões para a resolução do problema, entre elas, a adoção.

Uma situação verificada nas entrevistas é que, muitas vezes, as mulheres se sentem cansadas, frustradas e desgastadas com as tentativas, e até gostariam de buscar outra alternativa, como a adoção, ou desistir dessa busca, mas costumam encontrar resistência por parte de seus companheiros que valorizam o laço biológico.

Eu já estava decidida: se der negativo, não faço mais; adoto uma criança, apesar do meu marido ainda não estar disposto. Ele falava que tinha de tentar o máximo até quando não tivesse mais jeito. Ai, a gente poderia pensar nessa possibilidade. Mas para mim, já teria desistido, já teria adotado uma criança. Mas a pior etapa eu já estou vencendo, agora tem aquele problema também de que posso perder até três meses que o

médico disse (Cláudia, 30 anos, branca, microempresária, obstrução tubária, 2ª Fiv, grávida, Pérola Byington).

Pode-se dizer que a reprodução assistida propicia o reforço a um tipo de ordem social na qual o recurso à solução médica para a esterilidade/infertilidade é mais adequado do que a consideração de soluções sociais alternativas. No plano individual, há uma transferência, para o corpo, da percepção de inadequação social e um enfrentamento dessa situação por meio da instituição médica. Ademais, a oferta de tecnologia médica na reprodução pode ser caracterizada por uma indistinção entre oferta e demanda.

Assim, a adoção é uma questão que aparece de forma bastante periférica na fala dos entrevistados. Talvez pelo fato da ciência proporcionar a gestação de um filho biológico, por vias não naturais, a adoção figura nas falas dos entrevistados como a hipótese extrema, aquela que irão enfrentar se, por acaso, forem desenganados pelos médicos, clínicas e instituições, até porque, como mencionamos acima, o limite para interromper o tratamento é sempre colocado de forma externa. Além disso, quase todos, ao falarem de adoção, mencionam a dificuldade de realizá-la pelas vias legais, em razão do longo tempo do processo e de sua burocracia¹³³. Um dos entrevistados, Marcos, fez a adoção de um menino pelo processo chamado “adoção à brasileira”, quando a criança, geralmente recém-nascida, já é registrada em nome dos pais adotivos como se fosse sua filha biológica. Outra entrevistada, Nice, menciona que sugeriu a membro de sua família fazer a adoção por essas vias, o que, facilitaria problemas futuros, como, por exemplo, arrependimento dos pais naturais e tentativa de reaver a criança entregue para adoção. Chegou também a receber oferta de criança para ser adotada nessas condições. Há entrevistadas que se recusam a fazer adoção e revelam que se não puderem ter “seu próprio filho” não irão “criar filho dos outros”. Entre as entrevistadas e entrevistados que relatam ter resistência ou não concordarem com a adoção, figuram pessoas que vivenciaram ou conhecem situações não favoráveis de adoção. Em regra, trata-se de

¹³³ Esse aspecto será abordado no capítulo seguinte.

algum parente próximo, que fez adoção e enfrentou ou enfrenta problemas com essa situação, como relata Renata.

Adotar eu não quero, porque já tive experiência na família, a minha tia também adotou, essa mesma que trabalha aqui, adotou um menino quando era bem pequenininho. Quando era pequeno era às mil maravilhas, mas cresceu, virou um inferno, usou drogas fazia de tudo um pouco até morrer, faz três anos agora que ele morreu, não é legal. Ele bateu nela, era uma coisa que a gente que é parente de sangue não admitia. Ela achava que não, criava como filho, só que a gente não via ele como parente, a gente sabia que era sangue de outra pessoa. Conviveu com a gente tudo, mas usava droga e ficava doido, queria bater em todo mundo, a gente queria linchar ele mas minha tia não deixava. Então, adotar eu não adoto, fico com meus sobrinhos, fico com meus primos, se está precisando, ajudo, mas adotar eu não adoto, não tem chance, mas pegar filho dos outros para criar não. Não admito. Não é cachorro para ficar pegando filho dos outros para criar, que é isso. Eu estou buscando o meu, se eu não conseguir também, não vou correr atrás do filho de ninguém não, filhos dos outros não. Pode até falar que eu sou meia retardada, mas eu não consigo. Eu via o sofrimento da minha tia, ela passou um sufoco danado. Que é isso, eu não, de maneira nenhuma! não, não, não! não tenho sangue de barata! Hoje em dia, ela está sozinha, tomando conta dos meus primos. Minha prima está parecendo uma chocadeira, de ano em ano tem filho, e ela tomando conta dos filhos, a menina sem trabalhar, arrumando filho direto e ela trabalhando. Entra ano sai ano, está cheia de novo. Marido desempregado e minha tia trabalhando, se matando, não dá, não consigo. Vou lutar para ter os meus, vou até a última gota para ter os meus, mas, se não conseguir, não pego filho de ninguém, mas acho que ainda tenho condições de ter os meus, vou tentando, mas filhos dos outros não, não tenho essa coragem (Renata, 32 anos, negra, encarregada de confecção, obstrução tubária, 3ª Fiv, Pérola Byington).

A fala de Renata é bastante expressiva dessa resistência de que adotar é inserir uma pessoa estranha, de outro sangue, na família¹³⁴. A experiência que vivenciou da adoção feita por sua tia reforça sua opinião. Pode-se depreender até um certo sentimento de inveja em relação à sua prima: “está parecendo chocadeira”.

Já, entre aqueles que admitem a hipótese de adoção, esta costuma ser pensada para um tempo futuro, na medida em que é vista como uma alternativa pouco atraente. *Já, já mais para o futuro. A gente já conversou bastante sobre isso, mas enquanto tiver possibilidade: enquanto a gente tiver esperança de conseguir um da gente mesmo, a gente vai tentar. Adoção a gente já pensou, mas lá para frente. Agora, no momento, não. A gente já pensou muito em adotar, inclusive apareceu um bebê para a gente pegar, mas a gente ainda está tentando ter o da gente mesmo. Porque adoção é sempre um problema, quando cresce, e, geralmente, quando é conhecido, o pessoal quer de volta. Então, no momento, a gente ainda tá tentando o tratamento, não deu para desistir ainda não (Marcelo, 29 anos, branco, empresário, fator masculino, 3ª Fiv, Cenafert).*

Os altos custos dos tratamentos voltados à infertilidade impedem o acesso de parcela considerável da população a esses serviços. As entrevistadas, usuárias da clínica privada, também mencionam esse custo como um limite na busca pela gravidez, já que fica difícil arcar com várias tentativas em seqüência. Como o preço dos medicamentos necessários aos tratamentos voltados à infertilidade é muito alto, existem alguns serviços que, apesar de gratuitos, cobram essas despesas das usuárias; em geral, trata-se de serviços vinculados à universidades.¹³⁵ De fato, esse procedimento de cobrança da medicação inviabiliza a participação de grande parcela da população interessada nesse tipo de atendimento, já que os medicamentos podem implicar um custo bastante expressivo

¹³⁴ Esse aspecto será abordado no capítulo seguinte.

¹³⁵ Durante a realização das entrevistas, estava se organizando em Brasília, no Hospital Materno e Infantil, um serviço similar a esse existente em São Paulo. Alguns procedimentos já vinham sendo executados pelo serviço, há algum tempo (microcirurgias e programa de doação compartilhada de óvulos), mas com grande limitação, já que não havia um laboratório para realizar a manipulação de gametas e conservação de embriões. Na ocasião da criação do serviço, já havia uma fila considerável de casais à espera do programa e, segundo seu organizador, Dr. Joaquim R. Costa Lopes, ainda não havia certeza de que o serviço público fosse fornecer todo o medicamento necessário ao funcionamento do serviço.

para pessoas de baixa renda. Como mencionado no capítulo anterior, o medicamento pode custar em torno de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), por tentativa.

Se os custos envolvidos nesses procedimentos são muito altos, impedindo o acesso de parte considerável da população a essas técnicas, é importante a existência de serviços como o do Pérola Byington que possibilitam que casais sem condições financeiras de arcar com essas técnicas em clínicas privadas possam fazê-lo. Contudo, não teria muito sentido, em função da situação de saúde apresentada pela população brasileira, que um serviço como esse se expandisse para outras unidades ou que fosse ampliado expressivamente. Interessante observar que essa visão também é compartilhada por uma das entrevistadas.

Aqui, você vê, eu não tenho uma doença, tem tantos casos de doenças graves que você vê, mesmo no hospital da mulher, e eles investem tanto dinheiro na infertilidade. Eu acho que não seria uma coisa primordial assim. Não seria de primeiro plano na saúde, tem pessoas que estão correndo risco de vida e investem tanto dinheiro aqui. Porque eles querem também resolver o nosso problema. E tem pessoas que não têm paciência para esperar. No meu caso, se ficar o dia inteiro aqui, estou numa boa também, porque sei que eles tem um custo elevado e alguém está pagando né. Tem gente que fala: "mas a gente não paga imposto?" Paga mas esse dinheiro poderia estar sendo enviado para uma UTI de criança que é essencial na verdade. E, nosso caso não é uma coisa primeiro plano no país, que a gente vive com a saúde tão precária não é verdade? E você descobrir um público que faz esse trabalho, eu acho assim bárbaro (Sandra, 29 anos, branca, telefonista, anovulação, 1ª inseminação, Pérola Byington).

É importante lembrar que os altos custos dos procedimentos não são só financeiros. Eles também se relacionam com o envolvimento psicológico, as expectativas criadas em torno das tentativas, enfim, de investir tantos desejos em torno desse objetivo.

Há também casos de pessoas entrevistadas, no serviço público, que, mesmo com melhores condições financeiras, observam não ser possível arcar com todos os custos de

um tratamento privado, já que ele pode requerer várias tentativas, aumentando consideravelmente o montante final.

Mas a gente fez até onde deu e quando ele falou do processo de inseminação, eu me senti assim confiante pelo fato de pagar, eu até daria outra vez como dei, mas eu vou pagar porque eu teria que pagar três tentativas. Caso desce antes, devolveia, ficava no caixa, uma coisa assim dinheiro, dinheiro em primeiro plano. Comentando com uma amiga, porque o tratamento da endometriose final é a fertilidade, eu queria mais um filho, a nossa casa foi construída para ter mais um filho entendeu, eu gosto muito de ter os meus irmãos e eu gostaria de dar essa chance para o Alex. A gente já tinha essa expectativa de ter mais filho, queria pelo menos mais um, foi quando uma amiga me indicou aqui. Eu vim assim meio desacreditada, porque hospital público que faz alguma coisa sem pedir nada em troca... e eu gostei muito. O primeiro atendimento que tive, eu gostei. Se não me engano, vai fazer dois anos que estou aqui agora. Então, aqui tudo bem, apesar de não ter abono do dia de trabalho e ter que demorar, aqui tem assim o amor ao trabalho, ao que está fazendo e não primeiro amor ao dinheiro. Infelizmente, a gente sabe que, nas grandes clínicas, é um preço absurdo e primeiro você paga depois você faz. Não que não tenha que pagar, não é isso, o dinheiro é uma energia e tem que ser usada mesmo para as coisas que você precisa, só que ele vem depois, não primeiro (Amanda, 34 anos, branca, coordenadora pedagógica, endometriose, 2ª inseminação, 1 filho, Pérola Byington).

Como observou seu marido, a gente acabou procurando ele para cuidar do assunto da endometriose e ficamos lá uns dois anos, tudo tratamento particular, a gente acabou vendo que não deu resultado. Não deu resultado por que? Porque o processo era muito longo e custava muito alto para a gente. Na verdade, para chegar ao fim do tratamento, daqui a pouco vamos ter que vender casa, vender tudo, aí decidimos que ali não dava mais (José, 37 anos, branco, microempresário, Pérola Byington).

Amanda chega a mencionar uma situação que parece configurar uma certa prática entre alguns profissionais da reprodução assistida. Como o tratamento apresenta pouca resolutividade, ou seja, a chance de ter que repetir o procedimento é muito grande, eles chegam a apresentar um “pacote” aos clientes, que inclui os custos de até três tentativas, podendo chegar a cerca de R\$20.000,00 (Vinte mil reais). Caso a cliente consiga engravidar na primeira vez, o valor restante não é devolvido. Se tiver que repetir o procedimento novamente, estaria tendo um “certo desconto” em relação ao valor total das tentativas.

Os casais usuários do Hospital Pérola Byington mencionaram uma impressão inicial de incerteza diante da capacidade do serviço público poder realizar técnicas tão caras e sofisticadas. O serviço público é percebido pelos entrevistados como um lugar onde as pessoas esperam horas para serem atendidas e, invariavelmente, o atendimento é insatisfatório, daí haver uma certa surpresa com o serviço de excelência oferecido pelo Hospital Pérola Byington. Sem ter solicitado aos entrevistados que falassem sobre isso, foi freqüente que estes, espontaneamente, fizessem avaliações positivas do serviço. Além do mais, persiste no país, a idéia de que um serviço público dificilmente pode ter qualidade.

Edgar é marido de Mirtes, que está grávida, na sua segunda Fiv, mas já possui uma filha de um relacionamento anterior. Estiveram em outro serviço antes de chegar ao Hospital Pérola Byington. *A gente não tinha lá, como não tem, a possibilidade de estar tentando numa clínica particular, o tratamento é caríssimo, os medicamentos, inclusive na Santa Casa/SP. A Mirtes fez um tratamento na Santa Casa e os medicamentos correram por minha conta, quer dizer, passando até algum tipo de privação para poder comprar. E sentimos que na Santa Casa, por estarem fazendo um trabalho, você é tido mais como uma experiência. Há um desinteresse por parte dos estagiários, e, como eu disse, muita gente, é uma fila longa e não acho que eles estão fazendo como eu senti aqui, por amor (Edgar, 33 anos, branco, contador, mulher grávida 2ª Fiv, Pérola Byington).*

Além de ser gratuito, o pessoal é super gente fina, e ainda acredito que aqui é mais fácil você arrumar nenê. Porque eles não vão medir esforços; na verdade, acredito que para eles é importante que dê da primeira vez, porque se é um paciente, outra pessoa vai estar no meu lugar, dar chance para uma outra pessoa. Eu vejo assim: se eu tiver que tomar dez injeções, vou tomar, a gente sabe que a injeção é cara, o custo é elevado e no entanto a gente tomou, eu tomei oito injeções, tomei todas, foram gratuitas. Eu sei que não vou depender da minha situação financeira, vai depender de mim, da minha situação psicológica, tenho que estar preparada para isso só, porque de resto aqui eles fazem (Sandra, 29 anos, casada, telefonista, anovulação, 1ª inseminação, Pérola Byington).

Os entrevistados do serviço público analisam a diferença público - privado em termos de uma relação de oposição entre amor e dinheiro. Assim, o “amor” é valorizado como um atributo inerente ao serviço público, ou pelo menos, a esse serviço em particular e, não estaria presente em situações onde os procedimentos têm que ser pagos¹³⁶. Já o dinheiro é o elemento constituinte da atuação das clínicas privadas, enfim, do mercado de reprodução assistida. Os casais idealizam que a busca de um bebê deve ser cercada de “amor” e não ser marcada por um contrato entre as partes interessadas para a prestação de um serviço - resolver medicamente a demanda por um filho. Como os profissionais do serviço público não têm seus proventos relacionados diretamente com o desempenho dessa atividade, ou seja, seus vencimentos não estão associados a um maior número de atendimentos e procedimentos realizados, sua postura é vista como mais isenta e ética em oposição ao que ocorreria numa clínica privada. De certa forma, há uma recusa em aceitar o papel do mercado nessa área.

¹³⁶ Interessante registrar que, recentemente, um dos maiores especialistas em reprodução assistida do país, ou, digamos, aquele que mais frequenta a mídia, tenha dito que esses procedimentos são de alto valor, mas não tão caros para aquilo que eles proporcionam, um filho.

Algumas Considerações Sobre as Narrativas Femininas e Masculinas

É importante fazer algumas observações, a partir da trajetória empreendida ao longo desse capítulo. Inicialmente, acredito que muitas mulheres que buscam serviços de reprodução assistida poderiam estar em outra situação, caso suas demandas anteriores por assistência à saúde, como contracepção, abortos e assistência ao parto, tivessem sido adequadamente resolvidas. Assim, alguns relatos permitem supor que se tivessem tido orientação, informação e acesso a métodos contraceptivos, não teriam optado por uma solução definitiva de controle da fertilidade (ligadura tubária) que, posteriormente, se traduziu em arrependimento. Outros relatos indicam que um mal atendimento em situações de aborto espontâneo ou provocado, e na assistência médica, em casos de inflamações pélvicas, ou mesmo de pequenas patologias pode comprometer a fertilidade. Assim, parte considerável dos casos de infertilidade poderia ser evitada através de uma assistência médica adequada.

Além disso, o fato de a maternidade ser ainda valorizada como um atributo essencial da mulher, elemento definidor de sua identidade social, torna difícil que se estabeleçam outras formas de manifestação de sua individualidade em face da dificuldade de gestar. Como há uma considerável cobrança social e familiar pela maternidade, sua impossibilidade, ou dificuldade, gera uma situação de culpa e incapacidade muito grande. Essas mulheres vêem seu corpo de forma negativa, próximo da fragilidade, e revelam, às vezes, sentimentos de inveja e raiva daquelas que conseguem ter filhos, chegando também a temer que sua relação com o marido seja abalada por essa situação. Quando iniciam procedimentos de reprodução assistida vivem, inicialmente, sentimentos de euforia, acreditando que conseguirão obter sucesso na primeira tentativa. Essa sensação costuma ser seguida por estados de depressão profundos, diante do fracasso das tentativas. Caso consigam engravidar, acreditam que sempre precisarão de cuidados, havendo risco de

perda do feto. Só irão relaxar diante do nascimento do bebê, invariavelmente, através de parto cesáreo.

A reprodução assistida orienta seus princípios numa concepção igualitária de casal. Assim, para iniciar o tratamento, é necessário um consentimento informado do casal; os procedimentos, de fertilização *in vitro*, inseminação artificial e transferência de embriões, devem ser realizados na presença do homem e da mulher; as tomadas de decisão relativas ao material reprodutivo e ao destino dos embriões também devem ser estabelecidas conjuntamente. No entanto, a maioria dos procedimentos têm lugar no corpo feminino. É a mulher que se submete aos medicamentos, às técnicas para retirada de óvulos e transferência de embriões, e, especialmente, aos seus efeitos e riscos.

A aparente igualdade entre os gêneros, no tocante à reprodução assistida, também é desmentida pelo fato das narrativas de homens e mulheres indicarem que, quando se trata de maternidade e gestação, as resoluções dizem respeito à esfera feminina. Assim, as mulheres revelaram que recebem “apoio” de seus companheiros para o tratamento. No entanto, são elas que decidem o que fazer, continuar ou suspender o tratamento. Mesmo nessa situação, a decisão feminina chega, em alguns casos, a ser aparente, já que seus companheiros cobram pelo filho, direta ou veladamente.

A reprodução assistida ampliou o poder do médico e de sua equipe, nos assuntos relacionados à concepção. São eles que irão prescrever os medicamentos, definir os procedimentos, intervir sobre a sexualidade e estabelecer os limites para as tentativas. Entre as entrevistadas e entrevistados do setor público, há uma grande confiança nos médicos, até porque muitos não teriam condições de buscar outro serviço para serem atendidos. Entre os entrevistados do serviço privado, essa confiança está vinculada ao sucesso das tentativas. Ou seja, após um certo número de tentativas sem sucesso, as pessoas costumam procurar outro profissional ou clínica.

Pode-se mencionar outro aspecto de reforço ao aumento do poder médico no campo reprodutivo. Na reprodução assistida, os parceiros, diferentemente da concepção natural, precisam preencher certos requisitos sociais e psicológicos, estipulados e avaliados pela equipe médica, para serem admitidos nos programas. No caso do serviço público, os pré-requisitos são sociais: estar casado ou em união há pelo menos um ano. Nas clínicas privadas, há também consultas psicológicas feitas com o casal, visando avaliar se possuem condições para participarem do tratamento. Ou seja, nessas situações, o casal deve ser autorizado por terceiros a serem pais, a conceber, devendo muitas vezes enfrentar situações adversas para fazer imperar sua vontade em áreas que, anteriormente, eram reconhecidas como de foro íntimo.

Finalmente, é interessante considerarmos que, ao mesmo tempo que a tecnologia no campo reprodutivo parece fundar uma ordem marcada em escolhas pessoais na reprodução, ou seja, ter ou não ter filhos, quando ter, como ter, com sexo pré-determinado ou não, cada vez mais fatos são expressos em termos de sua ligação com a genética, a genetização do homem e de suas relações. Assim, por exemplo, nos casos de uso de doação de material genético, busca-se o anonimato, a escolha de um material sem vínculos com os demandantes. As pessoas não podem interferir solicitando, no caso, o uso de óvulos de uma irmã ou outra parente. O material doado deve ser anônimo e escolhido mediante a semelhança com as características fenotípicas dos envolvidos. Casos como de uma mulher oriental que fazia questão de usar óvulos doados por uma mulher branca não são aceitos¹³⁷.

¹³⁷ Esse caso foi relatado pelo serviço privado de Brasília. Como era difícil localizar uma doadora oriental, a receptora insistia em receber óvulos de uma mulher branca.

Capítulo 5

DESDOBRAMENTOS DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Se a reprodução assistida não pode ser considerada como uma novidade entre as intervenções da medicina sobre a reprodução humana, passa a sê-lo, nos últimos séculos, se considerarmos que, pela primeira vez é possível manipular gametas sexuais, embriões e, particularmente, mantê-los vivos fora do útero materno, nas primeiras horas após a fecundação. Nesse momento, parece haver o rompimento dos laços biológicos essenciais, já que o embrião, ao menos nos primeiros estágios de seu desenvolvimento, se apresenta como uma unidade fisicamente independente.

É importante a avaliação de alguns aspectos presentes nos procedimentos necessários para a concepção. O ato reprodutivo desloca-se da esfera privada, íntima, para o espaço da clínica ou laboratório. Esse movimento envolve uma rede ampla e complexa de atores envolvidos nas diferentes atividades necessárias para garantir o sucesso do procedimento. Os novos agentes estabelecem diferentes tipos de envolvimento com o embrião, não necessariamente comparáveis. O corpo médico, nesse processo, será o responsável pelo próprio ato de concepção, guarda e transferência de embriões. Sua presença nessa situação irá introduzir normas e valores relativos a sua esfera de atuação, acarretando uma redefinição no papel dos genitores (aqui entendidos como os fornecedores de gametas).

O aumento de participação do corpo médico no processo conceptivo trouxe várias conseqüências de âmbito social, ético, bioético, de filiação, e de relação entre os sexos. Esses aspectos são abordados no texto que segue.

A abordagem social da infertilidade

Como mencionado no capítulo anterior, a situação de infertilidade ou esterilidade é vivida pelos casais e, particularmente, pelas mulheres como uma situação de fragilidade, um sentimento de serem biologicamente “defeituosas” ante a impossibilidade da reprodução. O tema da cobrança social e familiar é recorrente nas falas dos entrevistados, pois “*todos perguntam do filho*”, “*todo mundo quer saber quando vem*”. A idéia de reproduzir, de produzir descendência é uma questão bastante presente nas sociedades humanas. De fato, a reprodução tem sido encarada como uma lei natural, um preceito religioso ou uma norma social que, sendo quebrada, pode acarretar responsabilização pela descontinuidade social, os envolvidos sendo alvos de cobranças e sanções sociais.

Alguns estudos (Laborie, Marcus-Steiff e Moutet, 1985; Hérítier-Augé, 1985; Bourdier, 1989), ao abordarem as implicações que as novas formas de concepção têm acarretado aos laços sociais e familiares, revelam a preocupação social existente em relação à reprodução e à descendência. Nas sociedades humanas menos complexas (ou ditas primitivas), o problema da ausência de filhos é resolvido de diversas maneiras, por meio de arranjos entre os indivíduos dos dois sexos e, às vezes, com a participação de parentes mais próximos. Essas situações indicam que a infertilidade, não só no presente, é uma situação repudiada e mal vista socialmente.

Se a reprodução é uma exigência comum às sociedades humanas, todas acabam por se confrontarem com situações em que ela está ausente e com a necessidade de definir modos particulares de filiação, para garantir a identidade das pessoas inférteis, dos pontos de vista biológico e social, e a legitimidade de sua pertença ao grupo ao qual se vinculam. No entanto, nem todas as sociedades estabelecem a filiação como uma decorrência direta da procriação biológica.

Em regra, nas sociedades ancoradas na lógica do pensamento mágico, a infertilidade é interpretada a partir de outros aspectos das práticas sociais, além da esfera sexual como, por exemplo, a questão das gerações e a ordem natural (clima, agricultura). Nessas sociedades, as transgressões à ordem sexual¹³⁸ podem ter efeitos sobre as colheitas, o clima, o bem-estar e a prosperidade do grupo, assim como não respeitar certas regras sociais pode ter como efeito a esterilidade.

Segundo Lévi-Strauss (1982: 47) ao tratar das regras relativas ao incesto, uma das poucas exceções à sua proibição ocorre quando um matrimônio é estéril e, nesse caso, é permitida uma relação incestuosa embora encoberta, havendo, posteriormente, a celebração de cerimônias expiatórias visando impedir que as prescrições recaiam sobre os diretamente envolvidos ou sobre o grupo.

A tese de que as regras de filiação e os sistemas de parentesco são, em qualquer sociedade, convenções sociais, ou seja, são entendidos como “*sistemas simbólicos não circunscritos ao parentesco biológico*” (Abreu Filho, 1982) é praticamente senso comum entre os antropólogos culturais. Assim, o que vai definir a identidade do ser e a pertença ao grupo social é a filiação socialmente considerada e não somente os laços biológicos, apesar de haver o reconhecimento de que existem algumas invariantes biológicas mas que seriam trabalhadas pelo pensamento simbólico. (Héritier-Augé, 1985; Salem, 1995).

Nas representações ocidentais sobre o parentesco, o “sangue” e, mais recentemente, o genético são considerados categorias de pensamento que instituem a atribuição de prerrogativas de parentes e a diferenciação entre as famílias. Essas categorias são entendidas como constituintes da ordem da natureza, contudo, são igualmente percebidas como substâncias que engendram não só o corpo, mas também o caráter das

¹³⁸ Um dos efeitos, relacionado à esfera sexual, ocorre entre os Chaga que vivem nas encostas do Kilimanjaro, de organização social patrilinear. Nessa sociedade, durante sua iniciação, as moças recebem instruções sobre os perigos do sangue menstrual, que, visto por outra mulher, pode acarretar esterilidade no casamento (Lévi-Strauss, 1982:60).

pessoas. Ou seja, relacionam-se com a ordem da natureza e também articulam-se com a da cultura. *“Pelo sangue não se transmitem apenas genes: a pessoa não nasce apenas natureza, apenas corpo. A pessoa já nasce, de certo modo, moralmente constituída, representante de uma família, de uma tradição”*(Abreu Filho, 1985:98; grifado no original).

O termo “parente” indica uma pessoa relacionada à outra por “natureza”, mas que compartilha uma identidade de caráter. No entanto, o termo não designa somente pessoas associadas por “sangue”; ele também pode estabelecer o parentesco por união ou aliança. No caso dos parentes de “sangue”, as relações são definidas por correspondência a uma substância natural e por um código de conduta; já nos parentes por afinidade, o relacionamento é fixado somente por um código de conduta diverso daquele observado no primeiro parentesco (Salem, 1995).

Nas sociedades menos complexas, os sistemas de filiação e de parentesco não são entendidos como resultantes diretos da procriação biológica. Isso não significa que essas sociedades desconheçam a biologia ou os seus desdobramentos, mas que as regras sociais de filiação têm preponderância enquanto forma de explicação e organização do mundo¹³⁹.

¹³⁹ Existe uma vasta etnografia produzida sobre o conhecimento, ou não, da relação existente entre o intercuro sexual e a paternidade, especialmente, entre os habitantes das Ilhas Trobriands, de sistema matrilinear. Nessa sociedade, o casal reprodutivo é formado pelo par irmão-irmã, com a implantação embrionária ocorrendo através dos espíritos matrilineares. O intercuro sexual, contudo, dá-se entre marido e mulher. O desenvolvimento do feto ocorre por meio do ato nutridor do homem, por meio das relações sexuais com a mãe. A ligação do pai com a criança é muito mais somática que genética. Eles acreditam que o pai é o responsável pela aparência externa do filho e não se relaciona com ele da mesma maneira que os parentes matrilineares. Como observa Strathern (1995:318), o pai só estaria ausente da concepção se considerarmos a situação sob o ponto de vista da idéia ocidental de parentesco. *“Se é dogma cultural que o intercuro sexual não contribui para a existência inicial do filho, a exclusão não é por ausência, mas assumida. Não se acredita que esse momento inicial dependa de relações sexuais”* (Strathern, 1995:319). A esse respeito, Strathern cita uma série de estudos: MALINOWSKY, Bronislaw - *“Argonauts of the western Pacific - an account of native enterprise and adventure in the Archipelagos of Melanesian New Guinea”* In *Studies in economics and political science*. London. London School of Economics and Political Science. Routledge & Kegan Paul. 1950; WEINER, Annette B. - *Women of value, men of renown: new perspectives in Trobriand exchange*. Austin. University of Texas Press, 1976 e *Sexuality among anthropologists: reproduction among the informants*. In POOLE, F.J.P. e HERDT, G. (ed) - *Sexual antagonism gender, and social change in Papua, New Guinea*. Social Analysis, número especial, 12, 1982; BATTAGLIA, Debora - *‘We feed our father’: paternal nurture among the Sabari of Papua New Guinea*. *American Ethnologist*, 1985, 12.

Segundo Hérítier-Augé (1985), analisando arranjos sociais em sociedades africanas, algumas das alternativas previstas para a situação de ausência de filhos nessas sociedades assemelham-se a algumas técnicas utilizadas em reprodução assistida, à exceção daquelas que são frutos do uso de técnicas, como doação de óvulos e transferência de embriões, de domínio tecnológico recente.

As soluções sociais encontradas para o problema de infertilidade dissociam o papel do genitor, aquele que fornece as células reprodutivas ou gametas, dos papéis de pai e de mãe. O pertencimento ao grupo, a inserção numa linhagem, enfim, o reconhecimento público é feito pela atribuição de um nome, de uma palavra. É a filiação que irá assegurar a honra, o renome das linhas de descendência e a sobrevivência dos ancestrais. A legitimidade dos filhos é uma decorrência da união procriativa realizada entre famílias, clãs ou casas (Hérítier-Augé, 1985:13). Assim, um marido infértil pode assegurar a descendência de todos os filhos de sua mulher legítima. O fato dessa mulher, casada, ter tido relações sexuais férteis com outro homem não altera o papel de pai social de seu esposo. Nesse caso, a situação seria equivalente a de uma inseminação com doador.

Nessas sociedades, a esterilidade e a morte das crianças são concebidas como o “*desastre biológico supremo*” (Hérítier-Augé, 1985: 12), mas, como em outras sociedades humanas, a infertilidade é uma responsabilidade da mulher. O esperma é, por definição, fértil, carrega a vida e é visto como o elemento que fecunda, nutre e forma o corpo do feto no útero materno. A esterilidade, a infertilidade masculina, é encoberta sendo raro que um homem não assegure uma descendência.

Um exemplo de prática similar à mãe substituta, o chamado útero de aluguel, pode ser observado na Roma Antiga, quando, provisoriamente, um homem pode ceder, sua mulher fecunda a outro, cuja esposa é estéril. No caso de adoção plena, entre sociedades oceânicas, há o uso de, após o nascimento, confiar algumas crianças a um terceiro, que as concebe como suas. Entre os Tonga, por exemplo, cerca de 83% dos familiares comportam ao menos um indivíduo doado ou adotado. Nesse caso, a função educativa

não é necessariamente associada à função reprodutiva. Entre algumas sociedades africanas, apesar de menos freqüente, encontra-se também, entre consangüíneos, a prática de trocar as crianças ou mesmo oferecê-las a um parente estimado ou desprovido de filhos. A prática não é entendida como uma adoção que modifique a filiação estabelecida pelo nascimento, mas cria novas relações afetivas com as crianças.

Uma outra prática social que visa contornar a infertilidade é aquela em que o irmão de um homem morto esposa a viúva para garantir descendência ao morto. As crianças nascidas da viúva são filhos legítimos do homem morto, com todas as implicações socialmente previstas em termos de direitos. Nesse caso, temos uma dissociação da figura do genitor daquela do pai social, que seria comparável à situação de inseminação pós-morte com sêmen congelado.

Um dos costumes mais interessantes, mencionado anteriormente, é encontrado entre os Nuer (Héritier-Augé, 1985:17), que chegam até mesmo a recorrer à representação da diferença entre os sexos, com uma inversão do sexo biológico. Nesse caso, uma mulher, após um certo tempo sem conceber, é considerada um homem e pode receber uma outra mulher como esposa. A mulher estéril retorna à casa de seus irmãos e beneficia-se do dote que seu casamento legítimo havia proporcionado - a transferência de gado da família do marido para a da esposa. Com o recebimento de parte do dote, ela, então, passa a dispor de um capital que pode usar para obter uma esposa e tornar-se o “seu marido”. A reprodução, nesse caso, será proporcionada por um *servidor*¹⁴⁰, freqüentemente de etnia estrangeira. Todas as crianças nascidas serão consideradas filhos do “marido”, ou seja, da mulher que representa a figura do pai social. As crianças a chamam de “pai” e a ela devem todos os direitos previstos nessa relação e não reconhecem qualquer papel na figura particular de seu genitor biológico. Essa relação conjugal não se confunde com as de tipo homossexual, já que os papéis masculino e feminino são aqui independentes do sexo, com a mulher-marido desempenhando o papel de homem em toda a sua extensão social. Esse exemplo revela uma situação em que a

¹⁴⁰ No original *serviteur*.

mulher infértil, longe de ser desacreditada socialmente, vai assumir uma essência masculina no intuito de possuir uma descendência. É a lei social fazendo a filiação. A fecundidade feminina ou a sua ausência cria uma linha de demarcação entre o que seja um homem ou uma mulher. Esse caso poderia ser considerado próximo ao de uma inseminação natural, com doador reconhecido como tal e desprovido de direitos sobre as crianças que vierem a nascer.

Os exemplos mencionados revelam arranjos possíveis para contornar a infertilidade em sociedades particulares, sustentados pelas leis do grupo e por sua estrutura social. O fundamental, nessas situações, é que os elementos fundantes da filiação e da sucessão estão ancorados no direito coletivo e não se confundem diretamente com a biologia ou a genética. Os filhos representam uma necessidade de descendência, de garantir a continuidade, para si e para a coletividade. Os filhos, nessas sociedades, diferentemente das sociedades ocidentais, onde são encarados como objetos de desejo e de apropriação, como um bem de investimento afetivo e social de um indivíduo ou de casal, são vistos como um dever da atual geração com aqueles que a precederam (Corrêa, 1997; Héritier-Augé, 1985).

Uma outra maneira socialmente prevista de contornar a infertilidade é a adoção. Anteriormente realizada como um ato da esfera privada, atualmente figura como uma situação legalmente estabelecida, intermediada pela figura de um juiz. O ato de adotar uma criança nem sempre está referido à impossibilidade de um casal ter filhos. A adoção pode ser decorrência de um desejo de ter filhos sem vontade de procriar ou envolver a vontade de acolher uma criança órfã ou desamparada, mesmo se o casal em referência for fértil ou já tiver filhos.

A adoção corresponde a um ato jurídico por meio do qual se admite uma pessoa como filho(a). Ela só pode ser realizada se a pessoa adotante tiver mais de 30 anos de idade e se também houver uma diferença de idade de no mínimo 16 anos em relação ao adotado. Se o indivíduo for adotado por duas pessoas, estas devem ser marido e mulher e

o casamento deve ter duração mínima de 5 anos. A adoção legal é composta de várias etapas, como a habilitação dos postulantes junto ao Juizado de Menores, a espera de uma criança, a expedição de alvará de adoção aos candidatos, a realização de estágio de convivência da criança com a família, a análise da adaptabilidade e da conveniência da adoção pela autoridade competente, a averbação da adoção ao registro e expedição da certidão definitiva da criança. No caso da adoção plena, os documentos serão colocados sob sigilo de Justiça, e nenhuma menção ao processo constará dos documentos finais (Costa, 1988:67).

O processo é longo, moroso, complicado, e são poucos os interessados que o concluem. Muitas vezes, após as primeiras etapas, os candidatos abandonam o processo e, geralmente, em outra cidade, registram uma criança alheia como filho legítimo, num processo que é conhecido como “adoção à brasileira”. De acordo com Costa (1988), como a capacidade de atendimento dos Juizados de Menores não consegue responder à demanda por adoção, a situação acaba criando uma tensão entre o direito atual de adoção controlado por esses órgãos, e a preferência popular por outras formas de adotar, menos dependentes da burocracia e dos estágios de convivência¹⁴¹, como a “adoção à brasileira” ou a adoção pelo Código Civil.

Como os avanços na área legislativa referente a adoções correspondem a uma presença ainda discreta do Estado, verifica-se um movimento crescente de organização de redes informais que medeiam a adoção de crianças por famílias de camadas médias¹⁴². Essa mediação é feita por mulheres que estabelecem estreitos laços com instituições de

¹⁴¹ Segundo Costa (1988:111), o fenômeno de burocratização das questões relativas à infância é recente. Ele cresceu em razão do aumento de poder do Juizado de Menores enquanto centro de decisão e controle dessas questões. Em contraste com outras fases, nas quais o Estado esteve ausente ou atuou de forma cúmplice com instituições privadas, atualmente, observa-se a tentativa de implantação de mecanismos para atrair, para a órbita do Juizado, todos os casos de abandono e desamparo de crianças objetivando acabar com as redes “informais” nessa área. Na prática, existe muita deficiência na infra-estrutura de serviços e, em face da grande demanda, é aberto um espaço para a existência das redes paralelas de atuação.

¹⁴² Em instituições de amparo e assistência à infância, dependentes de ajuda governamental ou privadas, o crescimento da demanda estaria, gradativamente, encaminhando para um aumento da complexidade dos procedimentos visando à adoção.

caridade, judiciárias, hospitais e maternidades, e aprimoram-se na atividade de “colocação de crianças” de forma legal, através do encaminhamento dos casais para legalização da documentação de adoção. Geralmente, essas mediadoras já trabalharam ou fizeram contatos junto a essas instituições e, para atender a clientela, associam-se com profissionais que lhes podem facilitar o acesso aos bebês - médicos, enfermeiras de hospitais, irmãs de caridade e mulheres pobres de periferia, essas últimas, as mães doadoras.

Essas mulheres estabelecem uma verdadeira rede de localização de crianças para adoção e de casais interessados que são organizados como uma “fila”. Contudo, dela só participam aqueles casais que já chegam recomendados e recebem aprovação da mediadora, segundo alguns critérios básicos de elegibilidade. As mediadoras exercem um poder decisório fundamental, já que somente elas podem juntar as “duas partes” do processo. Ou seja, são as pessoas responsáveis pela escolha da criança a ser adotada e do casal que poderá recebê-la¹⁴³.

É possível considerar que a figura de mediadora existente no processo de adoção, especialmente, quando se trata de camadas médias, é equivalente ao papel desempenhado pelos profissionais médicos no tocante à reprodução assistida. Esses profissionais também exercem um papel de intermediários na busca de um bebê pelo casal e estabelecem regras próprias para os demandantes. No caso de procedimentos como a inseminação artificial com sêmen de doador e a doação de óvulos, são eles que podem “juntar” os elos do processo. Ademais, ambos adotam o anonimato como regra basilar de suas práticas. No caso de adoção, particularmente, no tocante ao anonimato da mãe que doa seu filho.

¹⁴³ A mediadora busca uma criança para adoção mas também realiza uma seleção dos casais interessados no procedimento. A adoção é entendida como uma doação (sem envolvimento de dinheiro), na qual não cabe escolha. O casal demandante não pode solicitar uma criança com características específicas, já que se a tivesse por meios naturais também não faria qualquer escolha. Os candidatos considerados “imaturos”, por fazerem muitas exigências, não possuem estabilidade conjugal ou equilíbrio emocional, são colocados no “final da fila”, de onde nunca saem. Ademais, quando uma criança lhes é apresentada, não pode haver recusa, pois significará sua supressão da lista.

Um outro aspecto que permite uma análise aproximativa dos processos de adoção e de reprodução assistida é aquele relativo ao parentesco. Como mencionado anteriormente, na sociedade ocidental moderna, o estabelecimento de parentesco é feito por meio dos “laços de sangue”, que são entendidos como determinantes das noções de identidade social. Nesse sentido, a dimensão biológica aparece como qualificadora das relações de parentesco e, por sua força e permanência, é tida como algo “natural” e, portanto, imutável (Abreu Filho, 1982; Costa, 1988:228).

O fato da atribuição de parentesco ser vista como natural, decorrente dos “laços de sangue”, vai representar uma ameaça constante, para os casos de adoção, na medida em que a lógica de estabelecimento de parentes parece ser violada. Se o nascimento é entendido, nessas sociedades, como o ato que define o “lugar” da pessoa no grupo, na coletividade, o adotivo situa-se fora da fronteira da família que o acolhe como um filho. Ele é um elemento “estranho”, que, em princípio, não compartilha, das conexões genealógicas da família de adoção, não sendo um parente, na plena acepção da palavra. O adotado não compartilha o “sangue” com os adotantes, ele representa um “sangue” desconhecido.

Como observa Costa (1988), o fato de, nas camadas médias, as adoções serem feitas, mediante o recrutamento de crianças de outras classes sociais, o “estranhamento” é reforçado, pois o adotado não compartilha das mesmas origens sociais, não sendo visto como um igual. Nesse sentido, a adequação do adotivo junto à família substituta só se efetivará por meio de uma inversão na dominância dos fatores biológicos pelas relações estabelecidas pelo “coração”.

Isso significa que, freqüentemente, a adoção representa um fator de inquietação e de tensão. Os pais adotivos, portanto, buscam controlar toda forma de ameaça do biológico sobre o social, podendo esse controle ser indicado pela tentativa de manutenção do **segredo** da origem biológica do adotado, evitando qualquer laço que possa facultar o contato com sua “mãe de sangue”.

O tema da adoção é recorrente, entre os casais entrevistados por esta pesquisa. Contudo, ela figura, quase sempre, num tempo futuro, quando a reprodução assistida não puder mais trazer o filho tão desejado. Somente um dos entrevistados optou pela adoção, no chamado processo “adoção à brasileira”, pelas dificuldades de sua esposa engravidar. Atualmente, como julgam estar menos ansiosos, pelo fato de já serem pais, tentam a gestação por meio de uma fertilização *in vitro*. Há também os entrevistados que não aceitam a idéia de adoção. Parte considerável desses, como motivo para serem contrários, alega conhecer situações de adoção que “não deram certo”.

A percepção do momento adequado para interromper o tratamento e buscar uma outra alternativa como, por exemplo, a adoção, é uma definição invariavelmente externa. Cabe ao corpo médico dizer que não há mais condições de prosseguir com as tentativas¹⁴⁴. Ademais, a maioria dos entrevistados avalia o processo para adoção como algo difícil, lento e burocrático, que demanda muito tempo para se efetivar.

Entre os que consideram a idéia de adoção, um outro aspecto mencionado, é a possibilidade das tecnologias reprodutivas conceptivas permitirem a chegada do “seu próprio filho”. A crença na idéia de que as tecnologias reprodutivas conceptivas podem proporcionar o acesso ao “próprio filho” é bastante curiosa, se considerarmos que essas técnicas têm atribuído, crescentemente, um papel fluido ao “sangue” e aos laços biológicos. Assim, ao mesmo tempo que o avanço tecnológico sobre a reprodução humana torna a concepção mais transparente e visível, ao possibilitar o acesso e a manipulação de gametas e embriões, também acarreta uma maior fragilidade dos laços biológicos.

¹⁴⁴ Nesse caso, todavia, há uma diferença entre os entrevistados. Aqueles que estão realizando os procedimentos nas clínicas privadas, podem apresentar dificuldades financeiras para arcar com os custos das várias tentativas. O mesmo não se observa entre os entrevistados atendidos pelo serviço público consultado.

Novos e velhos laços de parentesco

Por intermédio da reprodução assistida, é possível que um filho nasça sem possuir qualquer relação, biológica ou genética, com aqueles que serão seus pais sociais. Ele pode ser fruto de sêmen e óvulo doados e ter sido gestado por uma terceira pessoa [mãe/útero substituta(o)]. Um casal também pode ter um filho que possua laços biológicos somente com um dos “pais”, sendo resultado de óvulos ou sêmen doado. As tecnologias reprodutivas conceptivas introduziram uma nova distinção entre os processos natural e social: o parente biológico como uma categoria separada do parente social (Strathern, 1992).

O desejo manifesto pelos casais entrevistados, de continuar tentando ter “o próprio filho”, revela o peso atribuído às relações genealogicamente dadas, concebidas como “as verdadeiras” relações de parentesco. Nesse sentido, há até preferência pela inseminação artificial com doador, prática vista sempre com alguma restrição pelos homens, sobre a realização de uma adoção, compreendida como a incorporação de “um estranho” à família. A inseminação artificial com doador permite que, ao menos, a mulher seja biologicamente relacionada com a criança, instituindo, nesse caso, um membro apenas “meio estranho” ao casal. A técnica implica portanto, uma separação das figuras de pai biológico e pai social.

Os sistemas de parentesco das sociedades ocidentais modernas conferem peso à relação mãe-filho, por ser a única fundada simultaneamente na ordem da natureza e na ordem da lei. A ordem da natureza é considerada como eterna, permanente e não sujeita às incertezas da vontade humana. Já os laços construídos pela ordem da lei são descritos como afins da dimensão da cultura, instáveis, optativos, transitórios e efêmeros (Salem, 1995; Abreu Filho, 1982).

A compreensão da maternidade como uma situação evidente, já que fundada na biologia, em oposição à paternidade presumida, pode ser subvertida por algumas técnicas de reprodução assistida. O conceito de “mãe biológica”, até então unitário, pode ser dividido em três: a “mãe” que doa os óvulos para serem fecundados, a “mãe” que gesta a criança no útero e a “mãe social” que irá criar a criança. Nesse sentido, a norma amplamente adotada, que define a mãe como aquela que dá à luz, é discutível no âmbito das tecnologias reprodutivas conceptivas.

A paternidade, mais do que a maternidade, estabelece a identidade de uma criança. Em várias legislações, a situação de ilegitimidade resulta da ausência do ato de reconhecimento legal do pai, o que indicaria não ser filha de ninguém. Entretanto, do ponto de vista biológico, essa ilegitimidade não existe, ela é uma construção social.

Nesse sentido, a paternidade é entendida como pertencente ao domínio da lei, ou seja, é socialmente construída pela inferência de relacionamento de um homem com a mulher que se torna mãe. A atribuição de paternidade é diferenciada nas legislações, mas, em regra, o pai é reconhecido como aquele maritalmente relacionado com a mãe. Ou seja, é o casamento e não o sangue que, automaticamente, confere paternidade e cria um relacionamento entre a criança e seu pai (Smart, 1987:99). As técnicas existentes de confirmação da paternidade, como a identidade genética, precisam ser demonstradas. Segundo Salem (1995:39), na França, a filiação é dada pela lógica social do casamento, ao passo que, na Inglaterra, os laços biológicos adquirem maior preeminência¹⁴⁵.

Nesse conjunto de situações que a reprodução assistida coloca em convulsão, chama a atenção a presença de uma norma, quase globalmente adotada: o princípio do anonimato do doador (Salem, 1995). Segundo essa regra, o doador não pode conhecer a identidade do casal receptor, nem este a do doador. O único participante dessa rede que

¹⁴⁵ Na Inglaterra, país onde o critério biológico é o fundamento da “presunção da paternidade”, a criança nascida de IAD era, até pouco tempo, considerada ilegítima. O marido da mulher não tinha deveres parentais com ela, bem como sua declaração de paternidade era considerada fraudulenta. O doador, nesse

poderia “juntar as partes” é o intermediário do processo: o médico. A proteção do doador é uma das principais justificativas em defesa do anonimato. Em termos modelares, o doador confia seu sêmen a um banco, que, por sua vez, o distribui a casais solicitantes, geralmente por intermédio de um médico. O papel do banco no processo é significativo, já que fixa os critérios da clientela apta à doação e estabelece a política de doação: recrutamento, seleção e exames dos doadores¹⁴⁶. Ao médico caberá a compatibilização das características do doador com as do casal demandante¹⁴⁷.

Os que defendem o anonimato se pautam na necessidade de preservação do doador diante de situações constrangedoras, tais como o eventual pedido de pensão pelas mães, sujeitos procurando seus “verdadeiros pais”, ou para proteção de suas próprias famílias. O anonimato também apresentaria benefícios para o casal infértil, já que resguarda a situação de infertilidade do marido e protege a mulher da idéia de adultério. Romper com o princípio do anonimato significa trazer a ameaça dos laços naturais, que o princípio visa encobrir por reconhecer sua primazia sobre os laços socialmente construídos, como nos casos de adoção mencionados anteriormente.

Aqueles que se opõem à manutenção do anonimato na doação criticam o fato de que se defendem somente os interesses dos doadores e dos receptores. Para eles, o sujeito nascido de IAD deve ter o direito de acesso, quando na maioridade, a informações que permitam identificar seu verdadeiro pai biológico.

As justificativas sociais em favor da manutenção ou da supressão do anonimato são as mesmas, independentemente da situação envolver doação de crianças ou de gametas (Salem, 1995:37), fato revelador de que estão em jogo menos as regras próprias

caso, podia pleitear acesso ou custódia sobre a criança gerada. Um ato de 1990 reviu essa legislação (Salem, 1995).

¹⁴⁶ Salem (1995:43) menciona a existência de dois bancos americanos de sêmen, ambos localizados na Califórnia, que oferecem a opção de identificação do doador para o sujeito gerado com seu esperma quando na maioridade. Países como Suíça, Alemanha e Suécia, proíbem a inseminação artificial com doador anônimo.

dessas esferas de atuação e sim valores sociais mais amplos - a tensão no modo de conceber a força da natureza sobre a cultura e desta sobre aquela.

Interessante considerar o papel ambíguo da reprodução assistida ao apresentar-se como a técnica que permite aos casais inférteis ter acesso ao “seu próprio bebê” valorizando, nesse sentido, os laços biológicos e, concomitantemente, estar possibilitando a separação do parente biológico do parente social, com as técnicas de doação de óvulos e sêmen e mãe substituta ou de aluguel. No entanto, nessas situações, as técnicas têm adotado procedimentos que acabam por reforçar os laços biológicos, ao buscarem continuamente a adequação fenotípica entre doadores e receptores, numa tentativa de camuflar a engenhosidade humana que permite uma descendência para pessoas estéreis. É como se houvesse um certo receio da natureza nos arranjos socialmente estabelecidos. Assim, por exemplo, o anonimato na doação figura como uma estratégia de manipulação das origens genéticas.

As novas possibilidades abertas pela reprodução assistida não parecem ter configurado, até o momento, mudanças significativas nos sistemas simbólicos ligados à filiação e à parentalidade. Ademais, elas têm reforçado esses sistemas que, já há algum tempo, vêm sofrendo uma série de modificações representadas pelos divórcios, casamentos de homossexuais, casamentos não religiosos e recasamentos.

A difusão das tecnologias reprodutivas conceptivas também tem levado aqueles que se inclinam por outras formas de relacionamento amoroso, com parceiros do mesmo sexo, a imaginar a possibilidade da reprodução. Vivendo uma sexualidade não reprodutiva, mas expostos a valores sociais e simbólicos da continuidade, que valorizam a reprodução, essas pessoas vislumbram, nas novas técnicas médicas, a chance de constituírem uma família.

¹⁴⁷ A escolha do sêmen adequado ao casal considera, muitas vezes, não só características fenotípicas mas, também, sociais e morais, numa revelação de que os arranjos proporcionados pela tecnologia médica buscam apresentar-se como próximos àqueles definidos pela natureza.

A reprodução assistida constituiu-se voltada para casais inférteis; contudo, outros homens e mulheres, antes excluídos da possibilidade de reprodução, passaram a reivindicar seus direitos de acesso a essa tecnologia. Assim, por exemplo, na clínica privada que acompanhei, a inseminação artificial em mulheres solteiras é colocada à disposição. Nesse caso, segundo o diretor clínico, desde que seja possível identificar um “pai social” ou, digamos, um “pai simbólico” para a criança, o procedimento pode ser realizado. Após essa “identificação”, o caso é submetido ao comitê de ética do serviço, composto pela equipe de profissionais atuantes na clínica, que irá decidir por sua realização ou não. Assim, por exemplo, o diretor clínico relatou o caso de uma mulher, solteira, que procurou a clínica, junto com seus pais, no intuito de obter uma gestação através de inseminação artificial pois, “eles estavam preocupados em ter uma descendência”. A equipe médica não teria tido dificuldade em perceber que, nesse caso, o pai da mulher representaria a “figura paterna” para essa criança. Posteriormente, o procedimento foi realizado pela equipe.

Lidar com a sexualidade e com a reprodução inseriu a medicina no campo da família, da filiação, da identidade sexual, terrenos de difícil definição que trouxeram uma série de questões e desafios para os quais o campo médico ainda não está preparado para responder, o que, sem dúvida, pode fazer emergir tensões relevantes nessas esferas.

Essa situação pode ser percebida através de uma série de conflitos que passaram a se instalar, em diferentes localidades do mundo, frequentemente noticiados pelos meios de comunicação. A questão mais comum diz respeito a casais que contratam uma mãe substituta para gerar seu filho e, posteriormente, entram na justiça para receber o bebê, em face da negativa da mãe biológica em entregá-lo. Há também casais que realizam contrato com uma mãe substituta e desistem do bebê por descobrirem que este apresenta problemas genéticos. Registram-se, igualmente, casos de mulheres que, após a morte do marido, desejam a transferência de “seus embriões” e entram na justiça para lutar por eles. A lista de situações conflituosas é imensa, e, em sua maioria, são encaminhadas à justiça, no intuito de resolver problemas relativos a contratos estabelecidos entre a equipe médica e os casais demandantes dessas técnicas.

Como se trata de questões muito recentes, de difícil definição, os resultados têm sido muito diferenciados¹⁴⁸. Nos Estados Unidos, por exemplo, país onde o mercado da reprodução assistida está mais presente, a justiça tem, muitas vezes, definido sentenças que estabelecem a primazia do contrato, do ponto de vista médico sobre o dos reclamantes. No caso da mãe substituta, a tendência dominante em vários países que praticam a reprodução assistida, é considerar o contrato ilegal, já que seria extremamente frágil, do ponto de vista jurídico (Corrêa, 1997).

Aspectos éticos da reprodução assistida

A normalização da prática médica representada pelas instâncias de bioética é uma exigência derivada do fato de a medicina ter se tornado capaz de intervir sobre todo e qualquer aspecto da existência humana, de maneira eficiente ou não, nas áreas de pesquisa, clínica e terapêutica.

O próprio nascimento da bioética pode ser visto como uma tentativa, das diversas áreas do conhecimento envolvidas nos fenômenos da vida e da morte das pessoas, de responder aos avanços científicos e tecnológicos, através da busca de adequação à nova realidade. A bioética é definida como *“a procura de um comportamento responsável de parte daquelas pessoas que devem decidir tipos de tratamento e de pesquisa com relação à humanidade”* (Garrafa, 1995:25). O aparecimento da bioética sela o reencontro da biologia com a filosofia. Como salienta esse autor, ela não significa apenas uma moral do

¹⁴⁸ No caso de fertilização *in vitro* pós-morte do marido há o registro de dois casos, na França, que mereceram resultados legais distintos. Em Toulouse, uma mulher de 37 anos sofreu um aborto espontâneo após realização de uma Fiv e, em seguida, perdeu o marido. Como persistisse na idéia da transferência dos embriões congelados restantes e, tendo obtido negativa da equipe médica, solicitou, à justiça, deliberação sobre o caso. A corte proclamou que a demanda da viúva carecia de validade e de fundamento, prevalecendo as especificações previstas no contrato firmado com a clínica médica. Já em Angers, em caso similar, após o falecimento do marido, uma viúva requereu a transferência dos embriões restantes para seu útero e obteve a autorização, com a alegação do juiz de que, embora a criança fosse nascer após nove meses da morte do pai, deveria receber o nome deste. A sentença baseou-se na concessão de filiação legítima a uma criança “sempre que isso fosse de seu interesse” (Novaes e Salem, 1995:65).

bem e do mal ou um saber universitário a ser transmitido e aplicado diretamente na realidade concreta, como a medicina ou a biologia, e tampouco, se limita a ética médica, apesar de abarcá-la. Essa ética trata dos problemas deontológicos decorrentes das relações entre os profissionais de saúde e seus pacientes. Nascida na década de 70, nos Estados Unidos, a partir de uma publicação do biólogo e oncologista Van Ressenlaer Potter, desenvolveu-se nos anos 80, no território europeu e, nos anos 90, estendeu-se progressivamente a diversas regiões do mundo (Rotania, 1996; Oliveira, 1996).

Três princípios fundamentam a bioética: o princípio da autonomia; o princípio da beneficência e o princípio da justiça. A autonomia refere-se ao direito à liberdade de escolha dos pacientes. O princípio da beneficência diz respeito à promoção da saúde, no exercício da medicina, sem causar danos. Dos três princípios é o que suscita maiores polêmicas em bioética. O terceiro, da justiça, trata da questão da inclusão ou exclusão de indivíduos no que diz respeito ao acesso aos recursos de saúde (Cohen e Marcolino, 1995:51).

A reprodução assistida se insere no campo da bioética, no chamado núcleo de ponta da medicina, por promover intervenções na ordem biológica, atingindo células, gametas sexuais e embriões e, também, por interferir em questões como formação de família, filiação e inserção de crianças.

A etapa laboratorial da reprodução assistida pode tornar disponível a manipulação de células sexuais e embriões que, restritos originalmente à individualidade do corpo, são agora material biológico de acesso por pessoas diferenciadas (médicos, biólogos). As possibilidades abertas pela manipulação de material genético têm provocado uma enorme discussão sobre as tecnologias reprodutivas conceptivas, na medida em que as técnicas têm consequências não apenas para os diretamente envolvidos, mas também para sua prole e descendência. Ademais, a seleção de gametas e embriões segundo algumas características determinadas também abre o campo para perspectivas eugênicas.

Outras questões, suscitadas pela reprodução assistida, não menos polêmicas, são o congelamento de embriões e o procedimento de pré-seleção que sofrem. O congelamento de embriões amplia as possibilidades de manipulação do material e, também, de seu uso para outros fins como de fornecimento de matéria prima (tecido, células) para as pesquisas e para as aplicações terapêuticas. Destaca-se também o procedimento de pré-seleção de embriões, antes de sua implantação no útero materno, como uma possibilidade aberta para o descarte de embriões com alguma anomalia e, até, em razão de outras características, como sexo, por exemplo. Há ainda o fato da elegibilidade de quem pode ter acesso a essas técnicas, ou seja, além de casais, também homossexuais, mulheres e homens solteiros. O problema do anonimato na doação de material genético, da observação de semelhança física entre as pessoas envolvidas e os novos laços de parentesco que as técnicas podem proporcionar, também são aspectos que têm merecido atenção no campo ético.

A primeira referência estabelecida na discussão bioética sobre a reprodução assistida é o *Warnock Report* (Warnock, 1985). Trata-se de um Comitê criado a partir de uma demanda oficial do governo inglês, que iniciou seus trabalhos em 1982, tendo como missão examinar as implicações científicas, éticas e legais da reprodução assistida e, também, formular sugestões para a elaboração de políticas públicas relativas ao tema. O referido Comitê era composto por um grupo de médicos, advogados, cientistas sociais, teólogos, filósofos e cidadãos comuns, sendo dirigido pela única mulher presente no grupo, Mary Warnock. Seu relatório final foi publicado em 1985, apresentando uma orientação genérica sobre o tema, mas contendo alguns limites e barreiras para a prática dessas técnicas.

Suas resoluções passaram a ser fundamentais para a atual legislação britânica na área e constituem material de referência obrigatória na discussão sobre as tecnologias reprodutivas conceptivas. Como a análise em profundidade do referido relatório não é possível, nesse contexto, optei por apresentar seus principais pontos, em razão de sua relevância para o tema em análise.

Uma das primeiras questões que se colocaram para os integrantes do Comitê era como, e em que circunstâncias, estabelecer limites, regras, recomendações, normatizações e, mesmo, leis, numa área que toca particularmente a vida reprodutiva e sexual das pessoas, sem contrariar ou ameaçar direitos conquistados numa sociedade democrática. Como apontado acima, reprodução assistida pode envolver temas como a liberdade individual, a união entre casais, a filiação, a descendência, a união entre pessoas de mesmo sexo, o desejo de filhos por pessoas solteiras, além de também proporcionar a reabertura de discussões sobre o aborto e a homossexualidade.

Assim, o Comitê aponta a pesquisa com embriões como uma situação que deve constar de legislação. Nesse contexto, chegou a estabelecer que o embrião que tenha sido ou venha a ser congelado, não pode ser mantido vivo fora do corpo da mulher por um período superior a 14 (quatorze) dias de sua existência, devendo ser considerada criminosa a realização de pesquisa depois desse prazo¹⁴⁹. A adoção de um prazo como eticamente aceitável para pesquisas com embriões tornou-se, nesse campo, praticamente, universal. Ademais, a dificuldade de expressar o estatuto do embrião, no âmbito dessas técnicas, acabou por criar uma nova palavra para expressar esse ser com 14 dias de existência - **pré-embrião**. Nesse caso, contudo, seu uso não é corrente, havendo críticas de autores no sentido de que a expressão acaba por “fechar” uma terminologia para uma discussão ainda em curso.

A Comissão aceita a doação de óvulos, sêmen e embriões, desde que considerada a regra do anonimato das partes envolvidas, mas estabelece o direito de a criança ter acesso a informações sobre sua origem genética, ao completar 18 anos. Também aceita a prática de inseminação artificial e de fertilização *in vitro*, mas estabelece algumas sanções legais para a prática de útero de aluguel (no relatório: surrogacy e surrogate mother),

¹⁴⁹ De acordo com o Comitê, também seriam crimes: a colocação de embrião humano em útero de outras espécies, a venda de gametas ou embriões sem autorização, e o uso não autorizado da fertilização *in vitro* trans-espécies.

como o agenciamento e a intermediação, e sugere o estabelecimento da ilegalidade do contrato firmado entre a “mãe de aluguel” e o casal envolvido¹⁵⁰.

Nesse sentido, o Comitê recomenda que uma lei especifique que uma criança deva ser considerada filho legítimo da mulher que deu à luz e de seu marido, independente do fato de terem recorrido à doação. Os doadores, nesse caso, devem ser privados de quaisquer direitos e deveres em relação aos nascidos a partir de seu material genético.

No tocante à elegibilidade do tratamento, o Comitê reconhece a possibilidade de pessoas solteiras e casais homossexuais utilizarem as técnicas de reprodução assistida. Contudo, considera que o nascimento de uma criança numa família com dois pais (mãe e pai) seja o melhor e recomenda a interdição do acesso às tecnologias reprodutivas conceptivas para aquelas pessoas.

Uma outra importante questão foi introduzida com o desenvolvimento da tecnologia reprodutiva: a possibilidade de comercialização de material reprodutivo humano e capacidade reprodutiva (mãe substituta, útero de aluguel). De acordo com Berlinguer e Garrafa (1996:17), o desenvolvimento tecnológico e científico dos últimos anos colaborou para uma fragmentação comercial do ser humano, transformando os usos e abusos sobre o seu corpo em situações gradualmente mais sutis e imprecisas. As discussões e normas éticas estariam sempre sendo formuladas considerando os sujeitos homem e mulher, o embrião, a natureza humana, deixando, contudo, ausente o mercado que exerce grande influência sobre “a vida, a saúde, a natureza e a própria ciência” (Berlinguer e Garrafa, 1996:40).

De fato, o Comitê Warnock estabeleceu alguns parâmetros bioéticos na área de reprodução assistida que, posteriormente, foram se institucionalizando em diversas

¹⁵⁰ O Comitê Warnock permite a atividade comercial de compra ou venda de sêmen e embriões, em clínicas ou laboratórios, licenciados por um órgão oficial de controle das atividades da área. Essa situação de venda de material genético é permitida nos Estados Unidos, Inglaterra e Dinamarca, mas interdita em quase todos os países da Europa (Corrêa, 1997:231).

comissões de bioética. Corrêa (1997:234) fala do estabelecimento de dois modelos de abordagem da temática da reprodução assistida. O primeiro deles seria dominante na sociedade norte-americana, o segundo em algumas sociedades européias, como a França e a Alemanha. A Inglaterra, o Canadá e a Austrália tenderiam a adotar um modelo que oscila entre esses dois primeiros. A Itália, durante muito tempo, pautou sua atuação na área pela ausência de qualquer norma ou modelo. Segundo Berlinguer e Garrafa (1996:76), favoreceu, dessa forma, o “faroeste europeu da fecundação assistida”, com episódios como gravidez na menopausa, viúva de 62 anos que realizou inseminação com óvulo doado e sêmen congelado do marido morto, e negros que encomendam filhos brancos.

O modelo representado pelos Estados Unidos teria como base as idéias de “liberdade procriativa e de direito à reprodução”, presentes no relatório do comitê de ética da *American Fertility Society* (Corrêa, 1997:235). Nesse relatório, o direito à reprodução é concebido como um direito humano fundamental e universal, o que justifica a extensão dessas práticas a qualquer pessoa, independente de situação matrimonial ou orientação sexual. O Comitê chega a sugerir a inclusão, numa lei, do direito irrestrito a essas tecnologias. Essa posição não restritiva às técnicas reprodutivas conceptivas coloca os Estados Unidos como representante de um modelo liberal com maciça presença da iniciativa privada médica. Algumas práticas podem ser remuneradas, como, por exemplo, a doação de gametas sexuais e embriões assim como a utilização de mães substitutas, havendo relativa presença de agências de intermediação desses “serviços”.¹⁵¹

Tem sido noticiada, com freqüência, a ocorrência de vários casos de disputa entre as partes envolvidas, derivados da vigência desse modelo, que acabam nos tribunais. Praticamente, não há nele nenhuma regulação legal às experiências de reprodução

¹⁵¹ Como mencionado anteriormente, é possível acessar algumas dessas clínicas ou mesmo agências de intermediação de material reprodutivo humano na rede mundial de computadores “Internet”. Uma visita à rede indica a existência desse tipo de empresa, geralmente apresentada como associação de apoio a pessoas em tratamento para infertilidade, em diversas cidades e estados americanos.

assistida, além daquelas previstas no exercício da medicina e o referido comitê sugere que cada serviço adote normas éticas particulares (Corrêa, 1997:237).

No modelo europeu, países como França e Alemanha adotam uma série de restrições à reprodução assistida, proibem a comercialização de material reprodutivo humano e, também, não reconhecem os contratos com mães substitutas. Nesses países, as atividades do setor são fiscalizadas por instâncias nacionais, muitas vezes, por meio de instâncias como os Comitês Nacionais de Ética.

Na Suíça, Alemanha, Noruega e Dinamarca, a experimentação com embriões humanos é proibida, em respeito a suas legislações específicas, que consideram a vida humana a partir da fecundação. Espanha e Inglaterra consideram que a vida humana começa a partir do 14º dia de fecundação, situação que permite a experimentação, até os 14 dias de vida do embrião, tanto para fins diagnósticos como terapêuticos. Como observam Vega, Vega e Baza (1995:51), essa situação pode induzir a erro, pois tanto a experimentação com fins diagnósticos como aquela com fins terapêuticos contemplam a possibilidade não de curar o embrião mas de eliminá-lo.

A legislação da Noruega proíbe de forma expressa a doação de embriões, permitindo, contudo, seu congelamento durante um período não superior a 12 (doze) meses, visando sua posterior transferência para o útero materno. Espanha e Inglaterra, por outro lado, aceitam o congelamento e a doação de embriões e contemplam em suas legislações o período não superior a 5 (cinco) anos em que os embriões podem ser mantidos criopreservados (Vega, Vega e Baza, 1995:50).

No âmbito da elegibilidade do tratamento, na Noruega, as técnicas podem ser utilizadas somente em matrimônios legais; na Suécia, França e Alemanha, a reprodução assistida está disponível nos casos de matrimônio legal e casais heterossexuais estáveis; na Espanha, admite-se o acesso de mulheres solteiras. A inseminação artificial *post-mortem* é aceita somente pela legislação espanhola, desde que o procedimento seja realizado nos seis

meses seguintes à data de falecimento do marido e sempre que este tenha expresso em testamento seu consentimento prévio, reconhecendo a filiação legal do filho que nasça.

Entre os países europeus que adotam maiores restrições a essas práticas, muitos têm os custos a elas referentes, ou pelo menos parte deles, cobertos pelos seus sistemas de seguridade social e, já que se tratam de recursos públicos, também esse fator deve interferir na forma final das restrições e proibições relativas às tecnologias reprodutivas conceptivas. Situação diferente ocorre nos Estados Unidos, onde a prática é dominada pela iniciativa médica privada.

No Brasil, como já foi mencionado anteriormente, há somente uma *Resolução Normativa (no. 1358) do Conselho Federal de Medicina*, de 1992, que define as técnicas de reprodução assistida como **auxiliares** na resolução dos problemas de infertilidade humana. Estabelece o princípio de consentimento informado, extensivo aos pacientes inférteis e doadores. Proíbe a utilização de redução embrionária, nos casos de gravidez múltipla, em consonância com as restrições previstas para a prática do aborto no país. Reafirma os princípios da não comercialização de material reprodutivo humano, estabelece a gratuidade da doação e o anonimato dos doadores. Estabelece regras para diminuir a possibilidade de ocorrência de incesto inadvertido, através do controle do número de receptores de doações na região de localização da clínica e dentro de uma determinada área geográfica. Também define 14 dias como o tempo máximo de desenvolvimento de embriões fora do útero feminino.

Esses aspectos da norma brasileira aproximam-na do modelo europeu. Contudo, há outras disposições que permitem uma leitura mais aberta daquela presente em algumas legislações europeias. Assim, por exemplo, é permitida a prática da mãe substituta, desde que a doadora temporária do útero pertença à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau, sendo proibido, contudo o caráter lucrativo desse procedimento. Os casos de mãe substituta que envolvam pessoas sem parentesco estão sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina. A norma também permite a

participação de mulheres solteiras nas práticas de reprodução assistida, prática vedada em muitas legislações européias.

Além dessa Resolução Normativa, tramitam no Congresso Nacional dois projetos de lei referentes as tecnologias reprodutivas conceptivas. Um deles (no.3638) é a própria resolução do Conselho Federal de Medicina, o outro (no.2855) é mais amplo, dispendo inclusive sobre a clonagem humana. Entretanto, no âmbito da discussão bioética, há ainda duas outras importantes normatizações, no país. Uma delas é a Lei de Biotecnologia, (Lei 8.974/95), que, entre outras coisas, regulamenta experiências com embriões humanos, células reprodutivas e material genético. A outra é a resolução do Conselho Nacional de Saúde - *CNS 196/96 - Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos*. Essa resolução originou-se de discussões havidas no Conselho, instância ligada ao Ministério da Saúde, com representação paritária de profissionais da área de saúde, gestores e usuários do sistema de saúde. A resolução baseia-se nos quatro referenciais básicos da bioética; considera que toda pesquisa com seres humanos envolve risco; estabelece a necessidade de toda pesquisa envolvendo seres humanos ser submetida a um Comitê de Ética em Pesquisa, sempre com caráter multi e transdisciplinar e, com participação de pessoas dos dois sexos¹⁵².

Um outro aspecto da discussão bioética que merece atenção é aquele tocante ao funcionamento dos comitês de ética que recomendam, sugerem e decidem questões relacionadas à reprodução assistida. Inicialmente, pode-se falar numa profissionalização da bioética que se seguiu à expansão da reprodução assistida, com os grupos profissionais responsáveis pela utilização dessas técnicas (médicos, biólogos, psicólogos) tendo participação garantida nos comitês em razão do reconhecimento de sua competência profissional. Nesses fóruns, marcados pela participação dos “especialistas”, invariavelmente, as discussões envolvem uma ética-técnica e clínica das situações, orientadas para soluções práticas que permitam à medicina continuar a trabalhar. Nesse

¹⁵² Sobre a resolução ver “Normas de pesquisa envolvendo seres humanos - Res.CNS 196/96” *Bioética*. Revista do Conselho Federal de Medicina. Brasília. CFM. Vol 4, (2), suplemento, 1996.

sentido, a autoridade desses especialistas acaba sendo reforçada, já que não se limita ao campo científico mas também se estende ao plano moral¹⁵³.

Como esses comitês de bioética focalizam sua atenção no aspecto clínico das situações, estão ausentes outras perspectivas de entendimento dessas práticas médicas, como uma leitura centrada na experiência da mulher. Ademais, as “leis” da bioética fundam-se numa visão igualitária do casal, particularmente, no tocante às decisões sobre transferência e destino de embriões. O *consentimento informado* nas situações de tratamento é feito pelo casal. Esse conceito é muito importante na bioética e diz respeito à informação adequada sobre o tratamento sugerido, fornecida pelo médico ao paciente. Ela deve incluir os possíveis danos e benefícios que o tratamento poderá acarretar e o provável curso a ser seguido pela doença, caso ele opte por não receber qualquer tipo de tratamento. O paciente não deve ser coagido a consentir e também deve ser totalmente competente para consentir ou rejeitar o tratamento. **No caso da reprodução assistida, o consentimento informado ou consentimento pós-informado sobre os procedimentos é seguido por um documento que deve ser assinado com testemunhas, antes da realização dos procedimentos.** Ele atende à resolução do Conselho Federal de Medicina e deve abordar os riscos, morbidade e mortalidade relacionados aos medicamentos e procedimentos, como a incidência de síndrome de hiperestímulo ovariano, gemelaridade, prematuridade fetal, abortamento e malformações. Deve conter, ainda, termos para eventual congelamento de espermatozóides e embriões e a existência de leis ou conselhos que criminalizem a destruição de embriões (Donadio e Donadio, 1997). Para se ter uma idéia, o modelo de consentimento informado adotado pela Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da FMUSP menciona no seu parágrafo primeiro: “Fica estabelecido que os CONTRATADOS não se responsabilizam pelo êxito do tratamento aplicado aos CONTRATANTES, ou seja, não há garantias de que a paciente engravidará após o tratamento proposto pelo presente instrumento”; e, segue, “os CONTRATADOS também não se responsabilizam pelos riscos **inerentes** ao tratamento” (grifo meu). No adendo do

¹⁵³ Levantamento realizado em 26 hospitais brasileiros que possuem comitês de ética em pesquisa revela que somente três comitês (20,0%) são multiprofissionais, sendo o restante constituído apenas por médicos (Francisconi et alii, 1995:61).

consentimento informado sobre recepção de óvulos doados, consta que os casais: “nunca procuraremos identificar a doadora, bem como também a doradora não deverá ser avisada de nossa identidade; não será garantido que as doações serão realizadas com óvulos de uma mesma doadora; e existe o risco, de transmissão de certas doenças como: gonorréia, sífilis, herpes, hepatite, e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), apesar de exames sorológicos da doadora serem negativos” (Tognotti e Pinotti, 1997:209). Assim, por exemplo, numa situação de morte do marido, é esse instrumento que será utilizado pela equipe médica, para impedir a realização de uma inseminação artificial ou a transferência de embriões para o útero da mulher, se ela assim o desejar. Entretanto, só há uma aparente igualdade entre os gêneros, pois a maioria dos procedimentos e riscos decorrentes das práticas em exame ocorre no corpo da mulher, independente de a infertilidade ser feminina ou masculina. Aliás, as próprias narrativas apresentadas no capítulo anterior revelam que os maridos, em sua maioria, somente “acompanham” os procedimentos realizados, pois delegam às mulheres as decisões necessárias ao seu andamento. As mulheres entrevistadas mencionam que eles fornecem todo o “apoio” necessário, diferente, portanto, de estarem tomando as decisões conjuntamente.

A existência de normas sobre reprodução assistida, biotecnologia e pesquisa em seres humanos, no âmbito ético, permite dizer que há uma certa sensibilização no país, ao menos no nível formal. Contudo, a impressão que se tem, a partir de conversas com os profissionais de reprodução assistida e de notícias correntes, presentes nos meios de comunicação, é que essas normas estão bem distantes de muitas das práticas adotadas nesse campo. Em alguns desses contatos, os profissionais revelam preocupação com certas “aberrações” e “práticas não éticas” promovidas por seus colegas¹⁵⁴. Na verdade, há uma grande distância separando essas práticas do debate social sobre suas implicações nos âmbitos social, da saúde, cultural, de família, filiação e descendência.

¹⁵⁴ Em entrevista a esta pesquisadora, o Dr. Nilson Donadio chegou a declarar que a norma do Conselho Federal de Medicina adotou algumas posturas prematuras para o momento vivido pelas práticas de reprodução assistida no país. Nesse sentido, por exemplo, a permissão para a ocorrência de mãe substituta teria aberto uma possibilidade que era ainda prematura. Ademais, outros profissionais ouvidos alegam que é imperiosa a existência de uma lei que regule as práticas nessa área.

O que ocorre é que, o mercado está se generalizando em ritmo acelerado e, no caso da reprodução assistida, o interesse tem se dado na passagem da doação à venda de sêmen e, mais recentemente, venda de óvulos e aluguel de útero para casais inférteis¹⁵⁵. Os problemas decorrentes do uso de pagamento para aquisição de material reprodutivo humano podem ser o controle insuficiente da sua coleta, trazendo a possibilidade de transmissão de imperfeições genéticas e doenças infecciosas, como já foi registrado no casos de venda de sangue, e o risco de introdução de posturas eugênicas quando da seleção do material a ser comprado, sem falar no seu aspecto ético. No caso de mães substitutas, as questões são mais delicadas ainda, havendo freqüentes registros de casais que rejeitam os neonatos nascidos com imperfeições evidentes ou Síndrome de Down, ou porque suas características de sexo ou raça não corresponderam àquelas esperadas¹⁵⁶.

Se considerarmos a reprodução assistida como um mercado que movimenta grandes valores, nos principais centros que utilizam as técnicas, envolvendo, portanto, muitos interesses econômicos, parece difícil não imaginar que essas práticas venham a difundir-se. Ademais, é importante mencionar, nas sociedades ocidentais, a tendência crescente de enxergar no mercado um valor moral e prático que se institui para além da regulação das atividades econômicas. O mercado estaria sendo visto como uma instância de ordenamento das relações sociais, políticas e culturais, ou seja, a ele caberia a organização de vários aspectos da vida das pessoas.

O conhecimento científico e técnico sobre o corpo humano apresentou importantes avanços nas últimas décadas. Entretanto, o estabelecimento do mercado humano tem sido

¹⁵⁵ Nem todas as transações são monetárias. Há também cessão de material reprodutivo humano em troca de benefícios ou facilidades como, por exemplo, o programa de doação de óvulos mencionado no capítulo anterior. Nele, uma mulher, sem condições econômicas de arcar com os custos de uma fertilização *in vitro*, doa parte de seus óvulos para uma outra mulher, que arca com os custos dos medicamentos necessários para a estimulação ovariana da primeira. Mediante esse procedimento, a primeira mulher poderá acessar os óvulos para seu uso próprio.

¹⁵⁶ É importante mencionar também que, muitas vezes, as candidatas a mães substitutas são recrutadas entre mulheres pobres e de origens étnicas distintas do casal demandante. Assim, nos Estados Unidos, por exemplo, as candidatas costumam ser mexicanas, guatemaltecas ou nicaraguenses, num sinal evidente das distinções sociais e econômicas presentes nesse mercado (Berlinguer e Garrafa, 1996).

tratado, muitas vezes, como uma consequência inexorável desse desenvolvimento. É importante considerar a necessidade de um sistema de regras que valorize a dignidade humana.

Nas últimas cinco décadas o avanço da intervenção tecnológica sobre o corpo da mulher praticamente se fechou. Iniciando-se no atendimento ao parto, rapidamente expandiu-se até chegar à concepção, desmembrando a mulher em órgãos autônomos e independentes, revelando um desejo ilimitado de domínio, expresso na tentativa de tornar tudo visível, tudo previsível. O próprio embrião já é visto como uma entidade, um paciente, separado do útero que o nutre e carrega.

A tecnologia médica tem buscado uma racionalização da reprodução tentando inscrever um processo extremamente rico e complexo sob regras visando seu domínio perfeito. O consumo de serviços médicos seria a chave para alcançá-lo, ou seja, recorre-se à contracepção para se evitarem filhos, à hospitalização e medicalização do parto, para tê-los, e à reprodução assistida, para “auxiliar”, nas palavras médicas, aqueles que não conseguem tê-los.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo buscou-se mostrar como a medicina transformou o desejo de filhos, em situações em que naturalmente ele não é viável, em objeto de sua intervenção. A apropriação desse desejo resulta de um longo processo, historicamente construído, que teve início com o acesso da medicina à cena do nascimento e, aos poucos, expandiu-se por todo o campo da reprodução. As parteiras e operadoras empíricas que atuavam no campo da ginecologia e obstetria, medicando pessoas por meio do uso de ervas e minerais, foram expulsas de sua atividade com o reconhecimento dos médicos como os responsáveis pelo gerenciamento dos nascimentos. Essa situação não ocorreu sem conflitos, sendo resultado de alguns séculos de perseguição à medicina dita empírica e à atuação da mulher e acabou por fornecer as bases de uma separação, presente até hoje, entre uma medicina de base racional, que, continuamente, agrega tecnologia em sua *práxis*, e a chamada medicina popular, baseada no conhecimento da natureza e na utilização de seus elementos.

Nos últimos quatrocentos anos, a perspectiva feminina foi perdendo espaço para a legitimação da medicina e, hoje, praticamente todos os aspectos relacionados à reprodução tornaram-se sinônimo de intervenção médica e tecnológica. Assim, o gestar é visto como uma situação especial vivida pela mulher, que necessita de suporte da medicina. É a autoridade do médico e do obstetra que irá fornecer o apoio e o conhecimento adequado sobre as mudanças no corpo, as necessidades físicas e alimentares, as limitações e a preparação para o parto, freqüentemente, cirúrgico. Anteriormente, essa situação recebia o apoio da família e da comunidade, que forneciam os suportes necessários durante a gestação, o parto e os cuidados com o recém-nascido.

Não se trata aqui de propor a volta a esse momento, nem de naturalizar o contexto atual, mas de entendê-lo como um fato construído socialmente.

O cuidado com o recém-nascido e o aleitamento também foram alvos de uma normatização médica, no intuito de estabelecer as bases consideradas “científicas” de atuação. A ênfase, nesse caso, era a ignorância materna e a necessidade de educar as mães. O controle sobre o acompanhamento da gestação e do seu término intensificou-se nas primeiras quatro décadas desse século, com o estabelecimento do hospital como o lugar por excelência de ocorrência dos nascimentos. Essa hospitalização colaborou decisivamente para o amplo emprego dos partos cesáreos. A penúltima etapa, digamos, de medicalização da reprodução foi o aprimoramento de métodos contraceptivos, particularmente, em torno dos anos 60¹⁵⁷. A descoberta da pílula anticoncepcional permitiu à mulher controlar a sua fertilidade, separar a sexualidade, enquanto fonte de prazer, da concepção, e estabelecer um momento adequado para vivenciar a maternidade.

No caso brasileiro, essa maior medicalização e aporte tecnológico na área reprodutiva não tem implicado uma melhoria da assistência à saúde da mulher e nem o exercício da sexualidade como um direito. A intensa medicalização convive com uma série de indicadores medíocres de saúde. São altas as taxas de mortalidade materna e infantil, evitáveis através de medidas simples; também é alta a prevalência de partos cirúrgicos e de esterilizações voluntárias; a cobertura de pré-natal é ainda muito incipiente, havendo um considerável número de mulheres sem receber qualquer atenção; a contracepção é realizada de forma precária e mal orientada, havendo predomínio de apenas dois métodos (pílula e esterilização).

Essa situação pode estar fornecendo os elementos para que mais mulheres tenham dificuldades na hora de conceber, colaborando com a **construção social da infertilidade**. Além disso, o fato da infertilidade ser, de certa forma, invisível, e só manifestar-se no

¹⁵⁷ Falo em aprimoramento pois já eram conhecidos e utilizados, anteriormente, alguns métodos de barreira. No entanto, a chegada da “pílula anticoncepcional” foi um avanço significativo que apresentou desdobramentos de ordem comportamental, social, econômica etc.

momento em que se deseja conceber, torna mais difícil o estabelecimento de medidas preventivas¹⁵⁸. Uma pessoa infértil não é doente, apesar de muitas mulheres com problemas para engravidar assim se sentirem. Além das situações mencionadas acima, passíveis de causarem infertilidade, há também problemas de falha nos diagnósticos de inflamações pélvicas, doenças sexualmente transmissíveis e demais infecções genitais não específicas, que podem deixar seqüelas. O contato com produtos químicos no local de trabalho igualmente pode afetar a fertilidade, tanto masculina como feminina.

O nascimento de Louise Brown em julho de 1978, na Inglaterra, o primeiro “bebê de proveta” marcou o acesso da medicina à concepção. A partir desse momento, num pequeno período de tempo, vários países do mundo, inclusive aqueles mais pobres, revelaram o nascimento de bebês por meio da fertilização *in vitro*. A tecnologia conceptiva foi se tornando rapidamente disponível e, em cerca de vinte anos, pode-se dizer, o feto já é reconhecido como um paciente, uma entidade relativamente independente do útero em que se encontra.

As técnicas surgem com o objetivo de “contornar” a infertilidade, de possibilitar uma gestação a casais inférteis. Assim, não devolvem a fertilidade, apenas podem permitir que a gravidez aconteça.

A intervenção médica na concepção criou a idéia de que as técnicas viabilizam um acesso relativamente fácil ao embrião. Contudo, como se buscou mostrar ao longo deste estudo, esse acesso é ilusório. Além disso, a medicina tem buscado apropriar-se de todas as situações de não reprodução e demanda por filhos, como se todas fossem de cunho fisiológico ou biológico, ignorando os aspectos psicológicos e emocionais envolvidos. Na verdade, trata-se da tentativa de inscrever o complexo processo reprodutivo sob regras, orientando-o para o consumo de serviços médicos.

¹⁵⁸ Segundo Doyal (1987:174), um em cada dez casais são afetados pela infertilidade por ano, na Inglaterra. Essa seria uma estimativa baixa já que muitos não procuram um serviço médico, não percebem o problema ou buscam outra solução como não ter filhos ou adotá-los.

A imprensa têm tido um importante papel de divulgação das técnicas de reprodução assistida, acentuando o fascínio que envolve essa tecnologia. Elas são descritas em termos de alta eficácia e contínua inovação tecnológica, passíveis de suprir a ausência de filhos através do reforço aos laços biológicos. Os riscos e principais efeitos dessas técnicas, praticamente, não são mencionados. Ademais, a articulação dessas técnicas com o campo das pesquisas genéticas fortalece a idéia da existência de um grande domínio dos processos vitais. Essa divulgação constante das técnicas, pela mídia cria o imaginário de que os problemas de infertilidade são de resolução relativamente simples, de fato bastante distante do funcionamento dos procedimentos.

A popularização da reprodução assistida não tem correspondido a um maior acesso à técnica. Ela continua restrita aos contingentes populacionais de maior poder aquisitivo. Alguns poucos serviços públicos vêm atendendo uma pequena parcela da população, sem condições de arcar com os custos de uma clínica privada. No entanto, como mencionado anteriormente, apresentam algumas restrições de atendimento, grande demanda que implica em longo tempo de espera, necessidade dos usuários arcarem com despesas de medicação e, muitas vezes, só propiciam a utilização de algumas técnicas.

Os procedimentos apresentam riscos, alto custo e baixa resolutividade. Considerando os dados apontados ao longo deste estudo, temos taxas de sucesso, para a técnica de fertilização *in vitro*, que variam de 5% a 25%. Os altos custos têm figurado como uma limitação a esses serviços. A tecnologia reprodutiva, ao acenar com a possibilidade de acesso a um filho biológico, tem colaborado para que as pessoas desconsiderem outras formas, como, por exemplo, a doação, para a resolução da questão de ausência de filhos.

Mas é importante considerar que a reprodução assistida tem operado para além do problema de infertilidade. Ela figura como o principal meio de obtenção de embriões e tecidos fetais para pesquisas genéticas. Além disso, a crescente utilização de tecnologia, nesse campo, também possibilita pré-determinar o sexo, avaliar a existência de anomalias

fetais previamente à implantação no útero, enfim, proporcionar um bebê perfeito. Essa situação talvez seja a que tem criado mais polêmicas, na medida em que há riscos de práticas eugênicas.

Outro importante desdobramento das tecnologias reprodutivas conceptivas é que destinada, inicialmente, ao tratamento de casais heterossexuais inférteis, acabou por instigar o imaginário de outras pessoas, como mulheres solteiras, casais homossexuais femininos ou masculinos, e mulheres na menopausa, até então excluídas do processo reprodutivo. Nesse sentido, pode-se dizer, trouxeram uma série de novas questões de âmbito social, jurídico, sexual e de filiação, que a medicina não está preparada para responder.

A reprodução assistida também proporcionou um aumento na rede de atores envolvidos no processo de concepção, transferindo-o do espaço privado, íntimo, para um espaço público. E, nesse contexto, vários atores irão mediar o acesso do casal ao embrião.

Finalmente, as tecnologias reprodutivas vêm reforçar a visão da reprodução como a função “natural” da mulher, como uma característica determinante do seu ser, prejudicando os avanços sociais conseguidos por meio de um longo processo de questionamento da relação mulher-natureza. Ademais, ao fortalecerem o suposto instinto maternal acabam por privilegiar o atendimento de casais heterossexuais ou em uniões estáveis. Nessa situação, uma mulher solteira impedida de fazer uso da fertilização *in vitro* poderia, contudo, ser doadora de óvulos ou mãe substituta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU FILHO, O.

1982 "Parentesco e identidade social". **Anuário Antropológico**. Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro, (80).

ARIÈS, Philippe

1981 **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro. LTC.

ARAÚJO, M.J.

1993 "Aborto legal no Hospital do Jabaquara" **Revista de Estudos Feministas**. Rio de Janeiro. CIEC/UFRJ. Vol.1 (2).

ARRILHA, M.A.S.

1996 "Desejo da maternidade, tecnologias conceptivas e o Estado: rápidas considerações". In **Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência**, organizado por Lucila Scavone. São Paulo. Editora da Universidade Estadual Paulista.

AUGUSTO, Maria Helena O.

1986 **Política social e tecnologia em saúde - ação estatal e incorporação de equipamentos médico-hospitalares às práticas de saúde**. São Paulo. Tese de doutorado. Depto de Sociologia - FFLCH/USP. mimeo.

AYRES, José R.C.M.

1995 **Ação comunicativa e conhecimento científico em epidemiologia: origens e significados do conceito de risco**. São Paulo. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da USP. Departamento de Medicina Preventiva. mimeo.

BADINTER, Elisabeth

1985 **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro. Nova Fronteira.

BARBOSA, R.M. e ARRILHA, M.

1993 "A experiência brasileira com o Cytotec" **Revista de Estudos Feministas**. Rio de Janeiro. CIEC/UFRJ. vol.1 (2).

- BARROSO, C. e AMADO, T.
1987 "A ideologia da pesquisa em contracepção". In **Relatório do Seminário Nacional dos Direitos Reprodutivos**. São Paulo. mimeo.
- BAZAAR "The price of a baby, 1997". **BAZAAR Harper's**. New York. August, 1997 p.182-185.
- BENFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil)
1996 **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde - relatório preliminar**. Rio de Janeiro. BENFAM, setembro. mimeo.
- BENJAMIN, Ivor
1998 **Fertility drugs and ovarian cancer: What are the risks when used for surrogacy?**. Marietta. OncoLink/The American Surrogacy Center. (extraído da Internet)
- BENJAMIN, Walter
1984 "Paris, capital do século XIX" **Espaço & Debates**. São Paulo. NERU/Canopus, 11(4), ano IV.
- BERLINGUER, Giovanni
1996 **Ética da saúde**. São Paulo. Hucitec.
- BERLINGUER, Giovanni e GARRAFA, Volnei
1996 **O mercado humano: estudo bioético da compra e venda de partes do corpo**. Brasília. Editora da Universidade de Brasília.
- BERQUÓ, Elza
1993 "Brasil, um caso exemplar - anticoncepção e parto cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar". **Revista de Estudos Feministas**. Rio de Janeiro. CIEC. Escola Comunicação UFRJ. Vol.I (2).
- BERQUÓ, Elza, ARAÚJO, Maria J. e SORRENTINO, Sara R.
1994 **A transição da fecundidade e o custo em saúde por parte das mulheres: o caso do Brasil**. São Paulo. CEBRAP. mimeo.
- BIOÉTICA
1996 "Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Res. CNS 196/96. **Revista do Conselho Federal de Medicina**. Brasília. CFM. Vol.4 (2) Suplemento.
- BOLTANSKI, Luc
1984 **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro. Graal.

- BOURDIER, Pierre
1989 "Les destins de la fonction paternelle et la symbolisation - des enfants Papous aux enfants IAD" **Revue Française de Psychanalyse**. Paris. Presses Universitaires de France. Nov-dec. (6).
- BOURDIEU, Pierre et alii
1997 **A miséria do mundo**. Petrópolis. Vozes.
- BRANDI, Maria C. A.C., PINA, Hilton e LOPES, Joaquim R. Costa
1997 "Epidemiologia da Infertilidade" IN Nilson Donadio, Joaquim R.C.Lopes e Nilson R. de Melo (org) -**Reprodução humana II: infertilidade, anticoncepção e reprodução assistida**. São Paulo. Organon.
- BRENES, A.C.
1991 "História da parturição no Brasil, Século XIX" **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Fiocruz. Vol.II (2), abril/junho.
- BRETIN, Hélène /
1996 "Qual escolha, quais desigualdades? O uso do contraceptivo Depoprovera na França" In **Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência**, organizado por Lucila Scavone. São Paulo. Editora da Universidade Estadual Paulista.
- CAMARGO JÚNIOR, K.R.
1992 "(Ir)Racionalidade médica: os paradoxos da clínica". **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. Vol. II (1).
- CARNEIRO, Fernanda
1996 "O Eros escondido: aspectos éticos da contracepção" In **Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência**, organizado por Lucila Scavone. São Paulo. Editora da Universidade Estadual Paulista.
- CARRANZA, Maria
1994 "Saúde reprodutiva da mulher brasileira" IN **Mulher brasileira é assim** (SAFFIOTI, H.I.B. e VARGAS, M.M. org). Rio de Janeiro. Rosa dos Tempos. NIPAS, Brasília. UNICEF.
- CHIARAMONTE, Enrica, FREZZA, Giovanna e TOZZI, Silvia
1991 **Donne senza rinascimento**. Roma. Elèuthera.
- CINAEM
1997 **Avaliação do ensino médico no Brasil - relatório geral (1991-1997)**. CINAEM. Mimeo.

COHEN, C. e MARCOLINO, J.A.M.

1995 "Relação médico-paciente - autonomia & paternalismo". In **Bioética**, organizado por Cláudio Cohen e Marco Segre. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo/Edusp.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Dez/1957 - **Resolução no.1358/92** - Normas éticas para a

Ago/1994 utilização das técnicas de reprodução assistida. Brasília/DF.

Resoluções Normativas (separata) CFM. p.180-184 Brasília/DF.

COREA, Gena

1987 **Man-made women: how new reproductive technologies affect women.** Indianapolis. Indiana University Press.

1996 "Os riscos da fertilização *in vitro*" In **Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência**, organizado por Lucila Scavone. São Paulo. Editora da Universidade Estadual Paulista.

CORRAL, Thaís

1996 "Controle da população no Brasil: o fracasso de um 'sucesso' " In **Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência**, organizado por Lucila Scavone. São Paulo. Editora da Universidade Estadual Paulista.

CORRÊA, Marilena C.D.V.

1997 **A tecnologia a serviço de um sonho: um estudo sobre a reprodução assistida.** Rio de Janeiro. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social. Mimeo.

COSTA, Ana Maria

1992 **O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada.** Comissão de Cidadania e Reprodução. São Paulo.

COSTA, Jurandir F.

1978 **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro, Graal.

1989 **História da psiquiatria no Brasil - um corte ideológico.** 4ª.edição. Rio de Janeiro. Xenon.

COSTA, Maria Cecília S.

1988 **Os "filhos do coração": adoção em camadas médias brasileiras.** Rio de Janeiro. Tese de doutorado em Antropologia Social do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mimeo.

- CUNHA, Maria C.P.
1986 **O espelho do mundo - Juquery a história de um asilo.** Rio de Janeiro. Paz e Terra.
- DACACH, Solange e ISRAEL, Giselle
1996 "Norplant - ciência ou incons(ciência)?" In **Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência**, organizado por Lucila Scavone. São Paulo. Editora da Universidade Estadual Paulista.
- DONADIO, Nilson e DONADIO, Nilka F.
1997 "Reprodução humana laboratorialmente assistida" IN Nilson Donadio, Joaquim R.C.Lopes e Nilson R. de Melo (org) -**Reprodução humana II: infertilidade, anticoncepção e reprodução assistida.** São Paulo. Organon.
- DONADIO, Nilson e LOPES, Joaquim R.C.
1997 "Fundamentos para estimulação ovárica em reprodução assistida" IN Nilson Donadio, Joaquim R.C.Lopes e Nilson R. de Melo (org) - **Reprodução humana II: infertilidade, anticoncepção e reprodução assistida.** São Paulo. Organon.
- DONNANGELO, Maria C.F. e PEREIRA, Luiz
1979 **Saúde e sociedade.** São Paulo. Livraria Duas Cidades.
- DONZELOT, Jacques
1980 **A polícia das famílias.** Rio de Janeiro. Graal.
- DOYAL, Lesley
1987 "Infertility - a life sentence? Women and the National Health Service" In M. Stanworth (org) **Reproductive Technologies - gender, motherhood and medicine.** Minneapolis. University of Minnesota Press.
- FAÚNDES, A.
1987 "A questão da reprodução humana hoje - uma análise crítica da contracepção no Brasil". **Relatório do seminário nacional dos direitos reprodutivos.** São Paulo. mimeo.
- FAUSTO, Boris
1976 **Trabalho urbano e conflito social.** São Paulo. Difel, 1976.
- 1984 **Crime e cotidiano. A criminalidade em São Paulo (1880-1924).** São Paulo. Brasiliense.

- FERNANDES, Arlete M. S. e BAHAMONDES, Luis
 1995 "Frequência e fatores vinculados com abandono em casais estéreis dos hospitais universitários de Campinas" **Reprodução e Climatério**. Vol. 10 (1), janeiro/março.
- FERREIRA, Aurélio B. de Holanda
 s.d. **Novo dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro. Nova Fronteira.
- FERREIRA, Maria de Fátima
 1998 **Esterilidade e reprodução assistida: no jornal impresso diário e na narrativa de homens e mulheres estéreis no Brasil**. Araraquara. Tese de doutorado na Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista. Mimeo.
- FIVNAT
 1993 Bilan 1993. **Contraception, Fertilité, Sexualité**. Vol.22 (5), maio.
- FOLHA DE S.PAULO
 1997 "‘Provetinha’ chega à maioridade superdotado". **Folha de S.Paulo**. São Paulo. 04 de maio, caderno 3, p.1-2.
- 1997^A "SUS faz 400 mil cesáreas desnecessárias". **Folha de S.Paulo**. São Paulo. 18 de setembro, caderno 3, p.3.
- 1998 ✕ "Gravidez é o maior gasto do SUS com jovens no País". **Folha de S.Paulo**. 11 de dezembro, caderno 5, p. 3.
- FOUCAULT, Michel
 1977 **Vigiar e punir - o nascimento da prisão**. Petrópolis. Vozes.
- 1978 **História da loucura na idade clássica**. São Paulo. Perspectiva.
- 1980 **História da sexualidade I - a vontade de saber**. Rio de Janeiro, Graal
- 1986 **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro. Graal.
- 1994 **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro. Forense Universitária.
- FRANCISCONI, C.F.M., KIPPER, D.J., OSELKA, G., CLOTET, J., GOLDIM, J.R.
 1995 "Comitês de ética em pesquisa - levantamento de 26 hospitais brasileiros" **Bioética**. Brasília. Conselho Federal de Medicina.
- FRANCO JÚNIOR, J.G. e WEHBA, S.
 1994 "O registro brasileiro sobre o uso das técnicas de reprodução assistida - 1992". **Reprodução**. Vol 9 (3) julho/setembro.

- FRANCO JÚNIOR, J.G. et alii
 1993 "Programa de fertilização *in vitro* do Centro de Reprodução Humana da Fundação Maternidade Sinhá Junqueira - 1991: Análise de 100 procedimentos". **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Vol. 15 (1), janeiro/fevereiro.
- 1993^A "Influência da idade da paciente nos resultados de um programa de fertilização *in vitro*" **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Vol 15 (1), janeiro/fevereiro.
- FRANKLIN, Sarah
 1992 "Making sense of missed conceptions: anthropological perspectives on unexplained infertility" In Meg Stacey (org) **Changing human reproduction - social science perspectives**. London. Sage Publications.
- FRONTALI, Nora
 1994 "Riprodursi tecnologicamente: perché e a quali costi" In PIZZINI, F. e LOMBARDI, L (org.) - **Madre provetta - costi, benefici e limiti della procreazione artificiale**. Milano. FrancoAngeli.
- FRYDMAN, R. et alii
 1995 "Congelamento de blastocistos humanos obtidos por co-cultura". **Reprodução e climatério**. Vol.10 (2), abril/junho.
- GARRAFA, Volnei
 1995 **Dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública/USP, (Série temática 4).
- GEFF
 1989 "Enquête Geff 1988". **Contraception, fertilité, sexualité**. vol. 17 (7).
- GIDDENS, Anthony
 1991 **As conseqüências da modernidade**. São Paulo. Editora da UNESP.
- GIFFIN, Karen
 1992 "A modernidade perversa e a reprodução humana no Brasil" In LEAL, M.C. et alli (org). - **Saúde, ambiente e desenvolvimento - vol.II - processos e conseqüências sobre as condições de vida**. Rio de Janeiro. Hucitec/Abrasco.
- GINZBURG, Carlo
 1991 **História noturna - decifrando o sabá**. São Paulo. Cia das Letras.

- GOLDSTEIN, Rosely A.
1993 "Algumas observações preliminares sobre o discurso de mulheres em grupos de sala de espera de um programa de esterilidade conjugal". **Reprodução**. Vol 8 (3), setembro/dezembro.
- HÉRITIER-AUGÉ, Françoise
1985 "La cuisse de Jupiter - réflexions sur les nouveaux modes de procréation" **L'Homme - Revue Française d'Anthropologie**. Paris. École des Hautes Études en Sciences Sociales. Avril-juin (94).
- ISTOÉ
1999 "Caminho sem riscos". **ISTOÉ**. São Paulo. 20 de janeiro, p.60-61
- KISHWAR, Madhu
1987 "The continuing deficit of women in India and the impact of amniocentesis" In Gena Corea (org.) **Man-made women: how new reproductive technologies affect women**. Indianapolis. Indiana University Press.
- KITZINGER, Sheila
1978 **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. Lisboa. Editorial Presença.
- LABORIE, Françoise
1993 "Novas tecnologias da reprodução: risco ou liberdade para as mulheres?". **Revista de Estudos Feministas**. Rio de Janeiro. CIEC/UFRJ. Vol. 1(2).
- LABORIE, Françoise, MARCUS-STEIFF, J. e MOUTET, J.
1985 "Procréations et filiations - logiques des conceptions et des nominations" **L'Homme - Revue Française d'Anthropologie**. Paris. École des Hautes Études en Sciences Sociales. Juillet-Septembre, 26 (95).
- LAURETIS, Teresa
1994 "A tecnologia do gênero" In Heloisa B.Hollanda (org) - **Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro. Rocco.
- LÉVI-STRAUSS, Claude
1982 **As estruturas elementares do parentesco**. Petrópolis. Vozes.
- LOPES, Joaquim R.Costa e DONADIO, Nilson
1997 "Indução da ovulação" IN Nilson Donadio, Joaquim R.C.Lopes e Nilson R. de Melo (org) - **Reprodução humana II: infertilidade, anticoncepção e reprodução assistida**. São Paulo. Organon.

- LOPES, Joaquim R. Costa et alii
 1998 **Doação compartilhada de óvulos: uma nova proposta para infertilidade, que beneficia mulheres carentes e mulheres com indicação para recepção de oócitos.** Brasília. Mimeo.
- LOYOLA, M. Andréa
 1992 "Sexualidade e reprodução". **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. IMS/UERJ - Relume Dumará. Vol.2 (1).
- LUZ, Madel T.
 1988 **Natural racional social - razão médica e racionalidade científica moderna.** Rio de Janeiro. Campus.
- MACHADO, Roberto et alii
 1978 **Da(n)ação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro. Graal.
- MARIE CLAIRE
 1999 "Dossiê fertilidade: a loteria da reprodução". **Revista Marie Claire.** Rio de Janeiro. Janeiro, p.53-59.
- MARQUES, M.B.
 1989 **Limites ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde no Brasil.** Fundação Oswaldo Cruz. Série Políticas de Saúde no.9. Rio de Janeiro.
- MAURI, A.L. et alii
 1993 "Qual o número ideal de embriões a ser transferido para o útero após a fertilização *in vitro*?" **Reprodução.** Vol. 8 (3), setembro/dezembro.
- MIELI, Paola
 1996 **Verde: note sulle implicazioni attuali della riproduzione assistita.** S.e. Mimeo.
- MITJAVILA, Myriam e ECHEVESTE, Laura
 1994 "Sobre a construção social do discurso médico em torno da maternidade"
 In **Alternativas escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina.** (COSTA, A.O. e AMADO, T. org.). São Paulo. Fundação Carlos Chagas. Editora 34.
- MITJAVILA, Myriam
 1995 **Estratégias da medicalização do espaço social - medicina familiar no Uruguai (1985-1994).** São Paulo: USP, mimeo.

- MONTGOMERY, Malcolm
 1997 "Aspectos psicossomáticos da infertilidade" IN Nilson Donadio, Joaquim R.C.Lopes e Nilson R. de Melo (org) **-Reprodução humana II: infertilidade, anticoncepção e reprodução assistida.** São Paulo. Organon.
- MURICY, Kátia
 1988 **A razão cética: Machado de Assis e as questões de seu tempo.** São Cia das Letras.
- NOVAES, Simone e SALEM, Tânia
 1995 "Recontextualizando o embrião". **Revista de Estudos Feministas.** Rio de Janeiro. IFCS/UFRJ - PPCIS/UERJ. Vol.3 (1).
- NOVAES, Simone
 1997 **Ética e corporalidade.** Palestra proferida na Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Enfermagem. Mimeo.
- OAKLEY, Ann
 1984 **The captured womb: a history of the medical care of pregnant women.** Oxford. Blackwell.
- 1987 "From walking wombs to test-tube babies" In Michelle Stanworth (org) **Reproductive technologies: gender, motherhood and medicine.** Minneapolis. University of Minnesota Press.
- OMS (Organización Mundial de La Salud)
 1992 **Adelantos recientes en materia de concepcion con ayuda medica: informe de un grupo científico de la OMS.** Ginebra. Serie de Informes Técnicos 820.
- OLIVEIRA, Fátima
 1995 "Por uma bioética não-sexista, anti-racista e libertária". **Revista de Estudos Feministas.** Rio de Janeiro. IFCS/UFRJ - PPCIS/UERJ. Vol.3 (2).
- 1996 "Expectativas, falências e poderes da medicina da procriação: gênero, racismo e bioética". In **Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência,** organizado por Lucila Scavone. São Paulo. Editora da Universidade Estadual Paulista.

- PETCHESKY, Rosalind P.
1987 "Foetal images: the power of visual culture in the politics of reproduction" In Michelle Stanworth (org) **Reproductive technologies: gender, motherhood and medicine**. Minneapolis. University of Minnesota Press.
- PFEFFER, Naomi
1987 "Artificial insemination, in-vitro fertilization and the stigma of infertility" In Michelle Stanworth (org) **Reproductive technologies: gender, motherhood and medicine**. Minneapolis. University of Minnesota Press.
- PINOTTI, J.A. et alii
1986 "Identificação de fatores associados à insatisfação após esterilização cirúrgica". **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 9(4): 304-309.
- PIZZINI, Franca
1992 **Maternità in laboratorio - etica e società nella riproduzione artificiale**. Torino, Rosenberg & Seller.
- PIZZINI, Franca e LOMBARDI, Lia (org)
1994 **Madre provetta - costi, benefici e limiti della procreazione artificiale**. Milano. FrancoAngeli.
- PORTO, A.G.M., PEREIRA, D.H.M.P. e LOPES JÚNIOR, I.P.
1993 "Gestação após fertilização *in vitro*". **Reprodução**. Vol. 8 (3), setembro/dezembro.
- PRICE, Frances
1992 "Having triplets, quads or quins: who bears the responsibility?" In Meg Stacey (org) **Changing human reproduction - social science perspectives**. London. Sage Publications.
- PROST, Antoine
1987 "Fronteiras e espaços do privado" In **História da vida privada 5 - da primeira guerra a nossos dias**. São Paulo. Cia das Letras.
- REIS, Ana R.G.
1985 **A fertilização *in-vitro* no Brasil - a história contada, as estórias**. S.l. Mimeo.
- RODRIGUES, Denise
1998 **Socorro! Quero ser mãe ou Por que, justo eu, não consigo engravidar?**. S.l, no prelo.

- ROTANIA, Alejandra A
1996 "Biologia moderna, feminismo e ética" In **Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência**. Lucila Scavone (org). São Paulo. Editora da Universidade Estadual Paulista/UNESP.
- SALEM, Tânia
1995 "O princípio do anonimato na inseminação artificial com doador (IAD): das tensões entre natureza e cultura". **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. IMS/UERJ e Relume Dumará, Vol.5 (1).
- SANTOS, A. P. e TOSI, L.
1996 "Resgatando méfis. O que foi feito desse saber?". **Revista de Estudos Feministas**. Rio de Janeiro. IFCS/UFRJ - PPCIS/UERJ. Vol.4. (2).
- SCAVONE, Lucila
1993 "Impactos das tecnologias médicas na família". **Saúde em debate**. Rio de Janeiro. Cebes. (40), set.
- SCHRAIBER, Lilia B.
1993 **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo. Hucitec.
- SEGRE, Marco e COHEN, Claudio (organizadores)
1995 **Bioética**. São Paulo, EDUSP.
- SILVA, Lorena Holzmann da
1995 "Admitimos mulheres, para trabalhos leves" **Revista de Estudos Feministas**. Rio de Janeiro. IFCS/UFRJ - PPCIS/UERJ. Vol.3. (2).
- SMART, Carol
1987 "There is of course the distinction dictated by nature': law and the problem of paternity" In STANWORTH, M. (org) - **Reproductive Technologies: gender, motherhood and medicine**. Minneapolis. University of Minnesota Press.
- SPINELLI, Angela
1994 "Prevalenza dell'infertilità: stato attuale delle consenze e presentazione di un nuovo studio" In PIZZINI, F. e LOMBARDI, L (org.) - **Madre provetta - costi, benefici e limiti della procreazione artificiale**. Milano. FrancoAngeli.
- SPINELLI, A. e PEDICONI, M.
1994 "Sterilità e maternità. dimensioni e cause del fenomeno sterilità" In PIZZINI, F. e LOMBARDI, L. (org) - **Madre provetta - costi, benefici e limiti della procreazione artificiale**. Milano, FrancoAngeli.

STACEY, Meg

1992 "Social dimensions of assisted reproduction" In Meg Stacey (org) **Changing human reproduction - social science perspectives**. London. Sage Publications.

STANWORTH, Michelle

1987 "Reproductive technologies and the deconstruction of motherhood" In Michelle Stanworth (org) **Reproductive technologies: gender, motherhood and medicine**. Minneapolis. University of Minnesota Press.

STOLCKE, V.

1988 "Velhos valores, novas tecnologias: quem é o pai?". **Anuário Antropológico**. Brasília. UNB, Tempo Brasileiro. (86), p.93-114.

STOPPARD, Miriam

1990 **Da gravidez ao nascimento**. São Paulo. Maltese.

STRATHERN, Marilyn

1992 "The meaning of assisted kinship" In Meg Stacey (org) - **Changing human reproduction: social science perspectives**. London. Sage Publications.

1995

"Necessidade de pais, necessidade de mães". **Revista de Estudos Feministas**. Rio de Janeiro. IFCS/UFRJ - PPCIS/UERJ. Vol.3, (2).

THE AMERICAN FERTILITY SOCIETY

1993 "Assisted reproductive technology in the USA and Canada: 1991 results from the Society for Assisted Reproduction" **Fertility and Esterility**.

THOMPSON, E.P.

1979 "Tiempo, disciplina de trabajo y capitalismo industrial" In **Tradicción, revuelta y consciencia de clase**. Barcelona. Grijalbo.

TOGNOTTI, Elvio

1997 "Infertilidade: propedêutica básica e avançada, provas especiais, seqüelas da propedêutica" IN Nilson Donadio, Joaquim R.C.Lopes e Nilson R. de Melo (org) -**Reprodução humana II: infertilidade, anticoncepção e reprodução assistida**. São Paulo. Organon.

TOGNOTTI, Elvio e PINOTTI, José A.

1997 **A esterilidade conjugal na prática: da propedêutica básica à reprodução assistida**. São Paulo. Roca.

- TOSI, Lucia
1998 "Mulher e ciência - a revolução científica, a caça às bruxas e a ciência moderna" **Cadernos Pagu**. Campinas. PAGU/Núcleo de Estudos de Gênero/UNICAMP, (10) - p.369-399.
- TURNER, Bryan
1984 **El cuerpo y la sociedad - exploraciones en teoria social**. México. Fondo de Cultura Económica.
- VEGA, M., VEGA, J. e MARTÍNEZ BAZA, P.
1995 "Regulación de la reproducción asistida en el ámbito europeo. Derecho comparado." **Cuadernos de Bioética**. Revista Santiago. Santiago. Españã. Grupo de Investigación en Bioética de Galicia. Vol. V (21).
- VEJA
1999 "A escolha mais difícil". **VEJA**. São Paulo. Ano 32 (5), 03 de fevereiro.
- VIEIRA, Elisabeth M.
1990 **Prática médica e corpo feminino**. Tese de Mestrado. Depto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. São Paulo.
- WAGNER, Marsden
1994 "Procreazione medicalmente assistita: sio può parlare di progresso?" In PIZZINI, F. e LOMBARDI, L (org.) - **Madre provetta - costi, benefici e limiti della procreazione artificiale**. Milano. FrancoAngeli.
- WARNOCK, Mary
1985 **A question of life - the Warnock Report on human fertilization and embriology**. Oxford Blackwell.
- ZEGER-HOCHSCHILD, F., PRADO A., J. e GALDAMES I., V.
1997 **Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida - 1995**. Santiago. Red Latinoamericana de Reproducción Asistida.
- ZIPPER, Juliette e SEVENHUIJSEN, Selma
1987 "Surrogacy: feminist notions of motherhood reconsidered" In Michelle Stanworth (org) **Reproductive technologies: gender, motherhood and medicine**. Minneapolis. University of Minnesota Press.
- ZUFFA, Grazia
1993 "Maternità e biotecnologie" In **Il tempo della maternità**. Roma. Ririniti.

ENTREVISTAS REALIZADAS

Dr. Nilson Donadio

Presidente da Comissão Nacional de Reprodução Assistida da FEBRASGO (1997)
Professor Doutor, Chefe de Clínica do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Clínica de Fertilidade Conjugal
Diretor do Centro Biológico de Reprodução Humana Sta. Casa Santa Isabel de São Paulo (CBRH)

Dr. Joaquim Roberto Costa Lopes

Presidente da Comissão Nacional de Reprodução Humana da FEBRASGO (1997)
Diretor Clínico do CENAFERT - Centro de Endoscopia e Assistência à Fertilidade - Brasília-DF
Chefe do Setor de Reprodução Humana da U.G.O. do Hospital Materno-Infantil de Brasília-DF

Dra. Maria Cecília A.C. Brandi

Embriologista Chefe do Laboratório de Reprodução Assistida do CENAFERT - Brasília-DF

Dr. Yaron Haneiry

Médico Assistente do Ambulatório de Esterilidade Conjugal do Hospital Pérola Byington - São Paulo

Dr. Luis Eduardo T. Albuquerque

Chefe do Setor de Fertilização *in vitro* do Hospital Pérola Byington - São Paulo

Aparecida dos Santos Canha

Chefe do Laboratório de Reprodução Assistida do Hospital Pérola Byington - São Paulo