

Novas Tecnologias Reprodutivas: Novas Estratégias de Reprodução? *

MARILENA V. CORRÊA **

MARIA ANDRÉA LOYOLA ***

RESUMO

A partir de entrevistas realizadas com um grupo de mulheres que têm, ou tiveram, dificuldade de engravidar, este estudo discute imagens da família, da criança e da paternidade / maternidade, após o surgimento das novas tecnologias reprodutivas. A possibilidade de realização de bebês de proveta é ainda marcada por aspectos contraditórios, que colocam dificuldades para as pessoas e casais desejosos de reprodução, e que as utilizam ou pretendem utilizá-las. Quase totalmente instaladas no setor privado da medicina, a introdução e a difusão dessas tecnologias reproduzem a mesma lógica excludente que vige no quadro da saúde brasileira.

Palavras-chave: Reprodução assistida; infertilidade; medicalização; família.

* Com pequenas alterações, este trabalho foi apresentado na sessão *Public Images of Childhood*, do XIV World Congress of Sociology da International Sociological Association, realizado em Montreal, Canadá, em julho/agosto de 1998.

** Médica, Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

*** Doutora em Antropologia, professora adjunta do Departamento de Políticas e Instituições de Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ABSTRACT

New Reproduction Techniques: New Reproduction Strategies?

Based on interviews with a group of women who have or may have faced problems in becoming pregnant, this study focuses on images such as family, children and paternity / maternity after the advent of the new reproduction techniques. The possibility of creating test-tube babies do still present contradictory aspects, raising obstacles for people or couples who may wish to breed as well as for those who actually make use of such practices, or who are planning to do so. Such technology is almost completely limited to the private care medicine area and this may certainly replicate the current excluding profile of Brazilian health.

Keywords: Assisted reproduction; infertility; medicalization; family.

RÉSUMÉ

Nouvelles Technologies Reproductives: Nouvelles Stratégies de Reproduction?

À partir d'entretiens faites auprès d'un groupe de femmes qui ont actuellement, ou qu'on eu auparavant, des difficultés pour avoir de grossesse, cet étude discute les images de la famille, de l'enfant, de la maternité / paternité, après l'apparition des nouvelles technologies reproductives. La possibilité de faire des bébés-éprouvette est encore marquée par des aspects contradictoires, qui posent des difficultés pour les individus e les couples envisagent la reproduction et qui utilisent ou envisagent de les utiliser. Presque tout à fait placés dans le secteur privé de la médecine, l'introduction et la diffusion de ces technologies reproduisent la même logique excluyente en vigueur dans le cadre ample de la santé brésilienne.

Mots-clé: Procréation médicalement assistée; infertilité; médicalisation; famille.

Recebido em 9/7/99.

Aprovado em 4/8/99.

Neste artigo é enfocado o problema de viver sem filhos no contexto das sociedades contemporâneas medicalizadas, nas quais, nos últimos vinte anos, surgiram técnicas de se fazer bebês sob demanda. Estamos nos referindo aqui às novas tecnologias reprodutivas (NTR), ou reprodução assistida. Ambos os termos descrevem um mesmo conjunto heterogêneo de técnicas médicas reunidas em torno de um eixo — o tratamento paliativo para condições temporárias ou permanentes, mal ou bem definidas, de infertilidade¹.

Uma outra forma de focar essas técnicas procriativas é descrevê-las como um conjunto de práticas e técnicas que substituem a relação sexual, enquanto forma de geração de crianças para constituição de famílias. Nesse enfoque, as técnicas médicas são postas em relação à questão central da reprodução humana, que é sua imbricação na reprodução social: entre outros aspectos, na reprodução biológica de seres humanos está implicada a constituição de famílias, a filiação e sua regulação, a transmissão do nome, da herança econômica, social, simbólica e cultural, pois aquele que nasce será alocado numa posição socialmente determinada. Correlativamente, para muito além do aspecto da geração (concepção biológica), a reprodução humana se prolonga no tempo, incluindo etapas duradouras que vão desde a provisão de afeto e dos cuidados necessários à criança recém-nascida, até sua educação e completa socialização.

Para este estudo foram entrevistadas quinze mulheres entre 29 e 44 anos de idade, vivendo no Rio de Janeiro (Brasil), que têm ou tiveram em comum o mesmo problema — a dificuldade de engravidar durante um casamento ou uma união com coabitação. Dificuldade que as levou a procurar ajuda médica, antes de qualquer outra solução — como poderia ser o caso da adoção de uma criança, a busca de outras formas de incorporação de crianças à vida cotidiana, ou a simples aceitação daquela dificuldade. Todas as uniões eram

¹ De fato, algumas dessas técnicas são muito mais antigas, como a *inseminação artificial*. Mas esta ganhou um outro estatuto, em função do desenvolvimento de métodos de congelamento do sêmen, de seu armazenamento em bancos, e das possíveis trocas e comércio daí decorrentes. Outras são muito mais complexas tecnicamente, como é o caso da *fertilização in-vitro*, com suas variantes. Esses dois grupos de técnicas podem ser separados, também, em função de a fecundação ocorrer *dentro* (primeiro caso) ou *fora* do corpo da mulher (segundo caso). Do conjunto das NTR fazem parte também procedimentos como o *congelamento de sêmen e embriões*, a *doação de material reprodutivo* e outros que vêm se desenvolvendo paralelamente, tais como a seleção sexual e o diagnóstico pré-implantatório, além das pesquisas com células e embriões humanos. Finalmente, a *clonagem* de células humanas representa, em tese, uma possibilidade procriativa: nesse caso, a reprodução ocorreria *fora*, não apenas da relação sexual e do corpo, mas da própria divisão dos sexos. Ao contrário das outras, esta técnica não foi, entretanto, colocada em disponibilidade no mercado de serviços médicos.

entre duas pessoas de sexos diferentes; portanto, casais unidos e heterossexuais, pertencentes aos estratos alto, médio e baixo da população, com escolaridades diferentes.

Dentre os quinze casos estudados, nove submeteram-se pelo menos uma vez ao início do protocolo de uma das NTR. Seis outras fizeram profunda investigação diagnóstica da condição de infertilidade do casal mas não prosseguiram naquela direção. Daqueles nove casos, dois estão a caminho do sucesso — uma gravidez inicial e uma gravidez gemelar de oito meses; uma está em processo de estimulação hormonal para tentativa de fertilização. Outros quatro tiveram tentativas frustradas de fertilização — uma mulher já decidiu que vai tentar uma segunda vez; três estão num período de indefinição entre uma nova tentativa ou a adoção; em dois casos é possível falar em fracasso definitivo, pois num deles o casamento veio a ser desfeito e, no outro, o casal decidiu não prosseguir com as tentativas e adotou duas crianças.

Dentre as seis que não prosseguiram em protocolos de reprodução assistida, uma adotou uma criança, uma decidiu viver sem filhos, duas engravidaram em momento posterior sem auxílio dessas tecnologias, e duas continuam em tratamentos convencionais para infertilidade e não poderiam, de todo modo, ter acesso àquelas tecnologias, por questões financeiras.

Por outro lado, o presente estudo constitui, também, o desdobramento de uma pesquisa anterior, bastante ampla, na qual as NTR e suas consequências sociais e éticas são enfocadas dentro do processo de medicalização da reprodução no Brasil (Corrêa, 1997a).

Assim, este artigo constitui, em parte, um estudo exploratório, no qual se visa a contribuir para o debate sobre as atitudes e representações daqueles(as) que utilizam ou que gostariam de utilizar essas tecnologias com fins reprodutivos no Brasil. De fato, há uma grande carência de pesquisas sociológicas com tal enfoque em nosso meio, onde predominam estudos ensaísticos e especulativos desta temática e dos quais estão geralmente excluídos aqueles atores e seus discursos. Não se conhecem o perfil dos usuários, as representações e principais categorias de referência para lidar com a ausência de filhos, o contexto e os motivos que os conduzem a buscar, ou não, essas técnicas. Embora não possamos responder definitivamente, aqui, essas e outras questões, nosso objetivo é contribuir para a construção de hipóteses embasadas e mais sólidas que resultem em pesquisas mais abrangentes sobre o tema.

A Introdução das Novas Tecnologias Reprodutivas no Brasil

A repercussão do nascimento do primeiro bebê de proveta brasileiro, em 1984, talvez não tenha sido tão grande no meio médico e científico quanto o foi nos meios de comunicação². Além da imprensa, a mídia eletrônica, particularmente a televisão, tem se ocupado, desde então, desse assunto com frequência, através de emissões de debates e entrevistas com especialistas da área. Tivemos, ainda, a produção de mais de uma novela inteiramente dedicada ao tema — uma delas intitulada *Barriga de Aluguel* — em um momento, nos anos 80, em que praticamente se iniciavam as atividades de reprodução assistida no Brasil. A prolongada exposição cotidiana dessa problemática na TV foi sem dúvida o fator midiático mais importante na popularização do tema no Brasil³.

Os efeitos dessa ampla divulgação da reprodução assistida pela mídia puderam ser medidos em pesquisa piloto, da qual participamos, realizada pelo Ministério da Saúde, em 1996, em duas cidades brasileiras: Santos, no litoral do Estado de São Paulo, e Jacobina, no interior da Bahia (Brasil, 1996). Perguntados sobre o conhecimento dessas técnicas, 93% dos moradores de Santos já tinham ouvido falar de *inseminação artificial*; 94,5% de *fertilização in-vitro* (ou *bebê de proveta*) e 95,5% de *barriga de aluguel* (categorias utilizadas no questionário). Em Jacobina, as respostas positivas são de 79,5%, 84,3% e 94,7%, respectivamente. Esses índices são particularmente surpreendentes, se pensarmos que não existem serviços médicos públicos de reprodução assistida nas cidades estudadas e, principalmente, no contexto pobre e rural da cidade de Jacobina.

Sem dúvida, isso se deve, em parte, ao tom sensacionalista que reveste a divulgação da reprodução assistida, e que é reforçado pela posição limítrofe

² Houve, então, uma intensa polêmica sobre a veracidade de sua ocorrência no país, assim como sobre a atribuição da autoria científica daquele bebê, finalmente atribuída a um médico da cidade de São Paulo, bastante atuante no campo da reprodução humana no Brasil. No mesmo ano, mas antes do nascimento do primeiro bebê Fiv brasileiro, uma paciente morreu em consequência de complicações derivadas dos tratamentos e manipulações da fertilização *in-vitro* na clínica daquele mesmo médico. Esse caso infeliz, contraditoriamente, tornou esse médico ainda mais “célebre”, pelo menos no que diz respeito à visibilidade da “pesquisa” por ele empreendida no campo da reprodução humana. Conferir Reis (1985).

³ Tal investimento atinge, sem dúvida, um público muito maior do que o coberto pela imprensa. Ainda mais se pensarmos na penetração da televisão na vida cotidiana do brasileiro, e nos elevados índices de analfabetismo, que excluem uma parte dos cidadãos da informação transmitida pela imprensa escrita.

que as tecnologias conceptivas ocupam em relação às novas especialidades do campo biomédico — medicina preditiva, pesquisa do genoma humano, pesquisas de terapias gênicas e de outras formas de intervenção genética, como a pesquisa em embriões, a hibridização entre espécies, a clonagem, etc. Deve-se, também, à simplicidade atribuída à aplicação das novas tecnologias no campo médico: as técnicas são apresentadas esquematicamente, de modo a fazê-las parecer simples e facilmente absorvidas, o que termina por reforçar uma propaganda indiscriminada dos êxitos da ciência nessa área. Tratar-se-ia de uma tecnologia acessível, eficaz, inócua, capaz de suprir as “deficiências” da natureza, reforçando a valorização dos laços genéticos na procriação; enfim, capaz de resolver os problemas das pessoas em dificuldade de procriar, além de propor outras novidades em tese possibilitadas por ela, como a escolha do sexo de bebês.

Por outro lado, quase não são tratados problemas como as baixíssimas taxas de sucesso dessas técnicas, seus riscos e custos elevados, seus efeitos duvidosos e a forma limitada como essas tecnologias vêm sendo avaliadas no próprio campo científico. Uma tal atuação dos meios de comunicação, de acordo com a forma dominante de focar o assunto pelos próprios médicos, pode estar ligada não apenas à formação de uma demanda pelas NTR, mas também a toda uma modificação da consciência da ausência de filhos⁴.

Com relação à absorção das NTR pela medicina brasileira, é importante ressaltar algumas de suas especificidades. Tradicionalmente, a inovação no campo biomédico chegava ao país através dos hospitais universitários e/ou públicos, em função dos altíssimos custos da pesquisa tecnológica de ponta, e também porque ali se concentrava o pessoal mais qualificado para isso. Ainda hoje são pouquíssimos os institutos de pesquisa básica e tecnológica desvinculados da universidade e do ensino. As indústrias multinacionais aqui instaladas praticamente não produzem qualquer inovação no país, o que constitui, no máximo, campo de pesquisa para seus ensaios, propostos pelos países centrais.

Aquela porta manteve-se aberta até cerca de quinze anos atrás, quando a demanda de investimentos em hospitais públicos e universitários mantinha-se relativamente atendida. Após o aprendizado e a consagração dos novos métodos e técnicas terapêuticos, os médicos, que em geral trabalham nos setores público e privado da medicina, transferiam, num segundo momento,

⁴ Para uma discussão sobre as características da mediatização das NTR no Brasil, conferir Corrêa (1997b).

essas práticas para suas clínicas privadas. A reprodução assistida não percorreu aquele caminho tradicional: ela chegou ao país quase que exclusivamente pela medicina privada, setor no qual, até hoje, encontram-se instaladas 99% das clínicas e hospitais que oferecem esse tipo de serviço.

As NTR foram introduzidas pelo setor privado da medicina no Brasil, ainda no que se refere às instâncias de formação privilegiadas pelos médicos brasileiros: desde a década de 80, tem-se notícia da ocorrência de seminários promovidos por pequenos grupos de especialistas em reprodução humana trabalhando em clínicas privadas. Esses eventos eram organizados em torno de médicos estrangeiros, convidados para vir ao Brasil introduzir uma técnica e mesmo constituir coortes de pacientes submetidas às técnicas de fertilização *in-vitro*, a serem acompanhadas pelos médicos brasileiros⁵. Antes portanto do nascimento do primeiro bebê Fiv brasileiro (1984), esses cursos e seminários eram planejados de modo a fazer coincidir a internação de pacientes ditas “voluntárias”, inscritas em programas de reprodução assistida de clínicas privadas (localizadas principalmente na cidade de São Paulo), com a vinda de especialistas estrangeiros. Assim, essas pacientes, que normalmente não poderiam arcar com as despesas do tratamento, poderiam submeter-se a tentativas de fertilização *in-vitro*, sob os cuidados de especialistas brasileiros, e com a “supervisão” de médicos estrangeiros. Estes, por sua vez, além de contribuírem com a exportação dessas técnicas para o Brasil, tinham nessas oportunidades a chance de ampliar e reafirmar seu prestígio na área, e mais um campo de experiência com essa terapêutica emergente. Graças a esse tipo de “intercâmbio”, certos serviços médicos de reprodução assistida existentes no Brasil não se afastam ou se afastam muito pouco, no tempo, dos países desenvolvidos⁶.

⁵ Em uma dessas iniciativas, uma equipe médica contratou uma rede de televisão brasileira, que também financiou, naquele ano de 1984, a vinda de especialistas australianos ao Brasil, com um duplo objetivo: dar formação a um pequeno grupo de médicos brasileiros na nova especialidade, e transmitir, ao vivo, os procedimentos técnicos envolvidos na fertilização *in-vitro*, que poderiam resultar no nascimento de nosso primeiro bebê de proveta, e cujos direitos, nesse caso, seriam adquiridos por aquela empresa. Conferir Reis (1985) e Corea (1987).

⁶ Na pesquisa citada (Corrêa, 1997a), todos os médicos entrevistados relataram, espontaneamente, haver mantido contato com especialistas e centros estrangeiros, ao longo de suas carreiras, enfatizando a importância desse contato no desenvolvimento da reprodução assistida no Brasil. Entretanto, é fraca a presença da medicina reprodutiva brasileira no cenário internacional, se considerarmos que em todos os números publicados, num período de dez anos (1984-1994), em três revistas internacionais especializadas em fertilidade (*Fertility and Sterility*, *Human Reproduction*, e *Contraception, Fertilité et Sexualité*), encontramos apenas oito artigos publicados por autores nacionais.

A Medicalização do Processo Reprodutivo

Se em seus aspectos técnicos as NTR representam um marco da revolução tecnológica da medicina do final deste século, a medicalização da ausência de filhos promovida por essas técnicas não constitui, em si, uma ruptura com a história da intervenção médica na sexualidade e na reprodução humanas, em particular, sobre o corpo da mulher. De fato, todas as etapas da seqüência reprodutiva — desde a preocupação com uma sexualidade sadia, passando pela (anti)concepção, gravidez, aleitamento, parto, puerpério, cuidados com as crianças — já estavam medicalizadas quando do surgimento dessas técnicas.

Toda medicalização responderia à necessidade de controle de doenças, ainda que nesse processo se promovam, muitas vezes, uma proliferação de atos médicos de justificação difícil e um consumo exagerado, para não falar da realização de lucros ligados à indústria farmacêutica e de equipamentos, entre outros ligados àquele consumo. Contradições e mesmo irracionalidades ligadas a processos de medicalização são possíveis em função da autoridade moral da medicina que, através de seu discurso e práticas institucionalizadas, interfere na criação e reafirmação de idéias e valores sociais mais amplos.

No presente caso, as idéias de maternidade, paternidade, o imperativo da procriação, assim como a própria idéia de vida enquanto vida biológica, etc., tal como forjadas no discurso médico moderno, podem estar sendo marcadas, também, por essas tecnologias conceptivas. Nesse sentido sobressai, na atual medicalização da ausência de filhos, o fato de que, mais do que a existência de lesões, ou a determinação de causas bem definidas de infertilidade, o que conta é o estabelecimento de *técnicas médicas capazes de fazer bebês*⁷.

Correlativamente, o enquadramento das NTR como uma *resposta à demanda por bebês* foi a formulação privilegiada pela própria medicina: mais do que curar ou desenvolver o conhecimento sobre a reprodução, a medicina — com base nessa “revolução” de base tecnológica que são os bebês de proveta — propõe a realização individual e social ligada ao fato de se ter filhos, se reproduzir, constituir uma família.

⁷ Não há espaço para uma discussão detalhada, mas cabe indicar que a categoria infertilidade é extremamente mal delimitada dentro dos padrões usuais de causalidade e nosologia médica. Conferir: Healy, Trouson e Andersen (1994); Pons (1996); Organización Mundial de la Salud (1992). Aquela imprecisão se soma às indefinições que as pessoas com dificuldade de procriação se colocam. Conferir, por exemplo, Stanworth (1987) e Testart (1994), entre outros.

De fato, como indicam os estudos antropológicos, a esterilidade, em qualquer sociedade, foi sempre socialmente mal vista e repudiada (Heritier, 1996). Mais do que uma lei natural, a reprodução constitui uma norma que articula as problemáticas da continuidade social e da felicidade individual. Se, em sociedades primitivas e antigas, na filiação a lógica do dever de descendência parece predominar sobre a do desejo individual, nas chamadas sociedades ocidentais desenvolvidas, a reprodução é cercada de significados simbólicos — nos quais predominam idéias como as de recriação do eu, de continuidade individual, de realização pessoal pela maternidade e paternidade definidas em bases predominantemente biológicas —, enfoque que pode estar sendo reforçado pela atual tecnologia médica procriativa. Concebidas, inicialmente, como técnicas médicas de tratamento paliativo de condições de infertilidade, as NTR vêm conhecendo uma generalização em seu uso, que extrapola tal enquadramento e amplia o espaço de experiências e debates sobre o problema da reprodução individual, do desejo de filhos, expresso também por pessoas solteiras, homens e mulheres que adotam uma orientação homossexual.

Medicalização x Cuidados à Saúde Reprodutiva no Brasil

Como veremos adiante, a partir da análise das entrevistas, o desejo de filhos, de família seria de tal ordem que justificaria, a qualquer preço, a exposição das mulheres aos freqüentes riscos e altos custos dessas tecnologias de baixa performance. Por outro lado, sem desejo de filhos não há esterilidade a ser investigada ou tratada. Habitamo-nos de tal maneira a naturalizar aquele desejo que junto com ele naturalizamos também uma suposta categoria médica — a infertilidade — e falamos em nome de um imperativo de procriação que pode ser questionado.

Apesar da difícil abordagem desses problemas em termos de custos, benefícios e riscos, deve ser lembrado aqui que o ciclo de fertilização *in-vitro* (Fiv) — base das técnicas de reprodução assistida, com exceção da chamada inseminação artificial — comporta manipulações pesadas e arriscadas para a saúde das mulheres. Na primeira etapa da Fiv, de *hiperestimulação hormonal*, existem efeitos colaterais freqüentes ligados à utilização de hormônios em altas dosagens⁸. Na segunda etapa, a fase de

⁸ Sabe-se que as complicações da hiperestimulação hormonal são freqüentes e vão desde a formação de cistos e hipertrofia ovariana à distensão abdominal, diarreia, vômitos, ascite, hidrotórax, desequilíbrio

punção do folículo ovariano, há riscos, tais como infecções (que podem levar a abscesso de ovário e, em consequência, à própria esterilidade). Entre estas e as outras etapas subseqüentes, cabe lembrar que há necessidade de um monitoramento da mulher através da realização diária, ou com uma frequência ainda maior, de exames invasivos e desgastantes. Em função daquela hiperestimulação hormonal, um número muito grande de ovócitos é gerado, o que vai implicar, na terceira fase (de *fecundação in-vitro*), uma superprodução de embriões. A fase seguinte da Fiv (de *transferência de embriões* com vistas à implantação destes no útero materno) comporta grau elevado de insucesso e a possibilidade de gravidez ectópica ou mesmo da interrupção do processo por abortamento espontâneo, em taxas bem mais altas que as encontradas nas gestações em geral. A seguir, temos as etapas de *gravidez e nascimento* sadio ou não.

Como em cada ciclo é induzida a produção de um número excessivo de ovócitos (em média oito a dez, ou mais), e como não se conhecem ainda métodos de congelamento de ovócitos, todos aqueles considerados viáveis devem ser fecundados por espermatozóides, acarretando a produção de um número também elevado de embriões. A superprodução de embriões (consequência da hiperestimulação hormonal) é um artifício que foi proposto pelos especialistas como forma de aumentar o sucesso das técnicas de reprodução assistida. Ele é responsável pelas mais freqüentes e numerosas complicações e danos à saúde de mulheres e crianças, ligados, basicamente, à gravidez múltipla induzida pelas técnicas médicas. Somam-se, aos problemas mencionados para a mulheres, aqueles que se colocam para o bebê: prematuridade, baixo-peso ao nascer, problemas respiratórios, todos implicando a necessidade de cuidados intensivos em unidade de neonatologia, em frequência muito mais alta do que a encontrada em gestações da população em geral, além de uma mortalidade perinatal igualmente aumentada⁹.

Como, em muitos casos, nem todos os embriões produzidos poderão ser submetidos a uma tentativa de implantação, já que nenhuma mulher toleraria ou desejaria gestações de quatro, cinco ou mais fetos, muitas vezes, num processo de Fiv, “sobram” embriões — os chamados embriões supranumerários ou excedentes. Assim, além daqueles riscos, os indivíduos

hidroeletrolítico e, nos casos mais graves, hemoconcentração, hipovolemia, oligúria, fenômenos tromboembólicos e morte. Todas as mulheres entrevistadas referiram muitos sintomas indesejáveis, quando do uso dessas medicações.

⁹ Não sendo possível, no âmbito deste artigo, entrar em mais detalhes sobre cifras de riscos e sucesso ligadas ao emprego das NTR, remetemos a Corrêa (1997a), onde elas podem ser encontradas.

que passam pela reprodução assistida expõem-se a dilemas éticos e psicológicos, em função de decisões a serem tomadas com relação a esses embriões excedentes: eles devem ser congelados, doados para terceiros, para pesquisa, ou mesmo descartados? Para não falar da redução embrionária, procedimento que consiste em abortamentos seletivos quando um número inadvertidamente elevado de embriões, maior do que é possível ser suportado pela mulher, é transferido para seu corpo¹⁰.

Além dos riscos, há fortes possibilidades de fracasso em todas as etapas do ciclo Fiv. Para se ter uma idéia, a taxa de sucesso que mede o número de nascidos vivos por tentativa de hiperestimulação hormonal, no último registro brasileiro de reprodução assistida, é apontado um valor de 12%, o que não difere muito de outros países (*Jornal Brasileiro*, 1997)¹¹.

Diante desses fatos, a suposta incomensurabilidade daqueles desejos de filhos, família e reprodução, proclamada no campo da reprodução assistida por diversos atores — especialistas, agentes dos meios de comunicação, clientes, etc. — pode e deve, portanto, ser questionada; mais ainda, à luz das prescrições que já marcavam o comportamento reprodutivo, nas sociedades contemporâneas, antes do advento das NTR.

Além de ritos e significados que possam cercar o nascimento em qualquer tipo de sociedade, nas sociedades industriais desenvolvidas, e no

¹⁰ Ainda que com falhas, nos países desenvolvidos é comum encontrar, nos registros das atividades da reprodução assistida, referência ao número de ovócitos produzidos, de embriões transferidos e o destino dos embriões excedentes, para além de muitas outras informações sobre aquela atividade. É o caso do *Fivnat*, na França, da *License Authority for Embriology and Human In-vitro Fertilization*, na Inglaterra, do *In-vitro Fertilization Registry* da *American Society for Reproductive Medicine*, da *National Perinatal Statistics Unit*, na Austrália, entre outros. No Brasil, por louvável iniciativa da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, existe um registro que é, entretanto, ainda muito limitado, estando importantes informações sistematicamente perdidas. Isso constitui fato grave, em função das controvérsias que ainda cercam essas técnicas que vêm buscando, de forma agressiva, espaço no mercado de serviços médicos, mas de uma forma tal que efeitos duvidosos como os citados no texto são, em geral, encobertos ou pouco divulgados.

¹¹ O problema das taxas de sucesso das técnicas de reprodução assistida constitui assunto controverso, em todo o mundo. Por terem sido sempre muito baixas, é sabido que no meio científico utilizou-se o expediente de maquiagem dessas taxas de modo a favorecer uma aparente boa performance daquelas técnicas (Marcus-Steiff, 1990). Tal maquiagem efetiva-se através da utilização de variáveis diferentes no cálculo do resultado. Por exemplo, considera-se o resultado de uma técnica a medida do número de *gestações* (numerador) por *punções* de ovócitos (denominador), o que aumenta o valor final do resultado pela eliminação de etapas anteriores e posteriores àquelas, em que pode haver fracasso. Ou ainda pela utilização de coortes nas quais são incluídas apenas mulheres jovens, ou tipos de esterilidades que responderiam melhor ao “tratamento”; enfim, pela escolha de categorias favoráveis ao resultado final produzido, que não deveria entretanto ser generalizado e divulgado como tal. Expedientes altamente condenáveis, eles foram e continuam sendo utilizados em função da baixa performance dessas técnicas (Corrêa, 1997a).

caso de setores sociais superiores dos países mais pobres, o nascimento acabará tornando-se objeto de uma forte racionalização. Pode-se dizer que a norma da maternidade, sempre identificada com a condição feminina, é hoje um estado de não-concepção medicalizada: ter um filho deve ser objeto de uma decisão deliberada, que envolve um projeto voluntarista devidamente controlado, no qual pesam fatores como a colocação no mercado de trabalho, a estabilidade (do casal ou da mulher solteira), o desejo de concluir ou realizar estudos, a preocupação com meios disponíveis para proporcionar uma boa educação para os filhos, etc. Projetos de reprodução que não considerem fatores deste tipo — extremamente comuns entre os mais pobres, os mais jovens, os mais desprovidos de acesso aos cuidados de saúde, maioria em nossa população — costumam ser socialmente reprovados, mesmo quando os fatores subjacentes àqueles projetos — na verdade, a ausência da possibilidade de fazer projetos — não estão disponíveis para esses indivíduos, que normalmente se apoiam na família extensa ou na ajuda de vizinhos, com os limites e problemas que isso implica.

A idéia de liberdade para decidir sobre o comportamento reprodutivo, no qual o controle da fecundidade seria exercido quase como um direito de cidadania, que garantiria o exercício de uma sexualidade não só gratificante mas segura do ponto de vista da saúde, implica o acesso a informação e métodos de regulação da fecundidade, ou seja, a serviços de saúde, nem sempre disponíveis em nosso país. Tal idéia é negada pelos mecanismos de exclusão social, como mostram a história da intervenção médica no processo reprodutivo humano no Brasil e os medíocres indicadores de saúde reprodutiva e da criança vigentes.

Infelizmente, não é possível apresentar numa extensão desejável dados demográficos e epidemiológicos que delimitam o contexto da introdução das NTR no campo da saúde reprodutiva no Brasil. A título de ilustração, indicaremos ao menos suas linhas gerais.

As taxas de fecundidade tiveram quedas muito rápidas nos últimos 30 anos: de uma taxa global de 6,2 filhos por mulher em idade fértil na primeira metade da década de 60, passou-se para 4,7 no início dos anos 70; para 3,7 no início dos anos 80; e dos 3,2, em 1986, aos atuais 2,5 filhos por mulher em idade fértil (PNDS, 1996). Como discutido por Loyola e Quintero (1982), a partir de *survey* nacional¹², uma redução de tal porte no número médio de

¹² Trata-se da Pesquisa Nacional sobre Reprodução Humana, do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap), realizada entre 1975 e 1978 e que constitui um marco nos estudos sobre a reprodução humana no Brasil.

filhos, em tão curto espaço de tempo, contrasta com os padrões de transição demográfica dos países ricos, e não pode ser relacionada à melhoria das condições de vida, já que ocorre concomitantemente com o crescente empobrecimento da população. A queda das taxas de fecundidade no país está intrinsecamente ligada à atuação dos médicos e da medicina, responsáveis pela instalação de uma potente prática contraceptiva no país.

Esta medicalização da reprodução, em geral, e da *fecundidade*, em particular, se deu no Brasil principalmente através da iniciativa do setor privado da medicina, seguindo diretrizes determinadas por organismos internacionais de planejamento familiar, muitas vezes contrárias à posição oficial do governo, e com o apoio financeiro e logístico da indústria de produtos ligados à saúde. De fato, os resultados daquela pesquisa indicam que, num conjunto de problemas colocados para os informantes — *quando ter filhos, quantos filhos ter, como evitar filhos, como fazer no caso de não conseguir ter filhos, que fazer se ficasse grávida (ou a parceira) e não tivesse certeza se deveria ou não ter filhos* — o médico é citado em primeiro lugar como a pessoa a ser procurada para resolvê-los, em proporções próximas ou superiores a 50%. Chama a atenção a legitimidade atribuída ao médico, mesmo quando se trata de problemas normativos como *quando e quantos filhos ter*, e não apenas técnicos — como evitar, o que fazer quando a gravidez é indesejada, etc.¹³

A atuação dos médicos se efetivou pela prescrição não solicitada de pílulas anticoncepcionais, distribuição de amostras grátis de pílulas, distribuição através de acordo entre as instituições de saúde e laboratórios farmacêuticos; ou de acordos com organismos especializados em planejamento familiar, como a Sociedade Civil de Bem-Estar Social (Benfam), instalada no Brasil na década de 70 e que atuou em estreita relação com as instituições de saúde. Por indução dos médicos e solicitação das clientes, era praticada também e em grande escala a esterilização cirúrgica por ligadura de trompas, em geral em associação com cirurgias cesarianas. As camadas de baixa renda praticavam o controle em menor escala e através de métodos como o aborto¹⁴.

¹³ Questionava-se por outros agentes — professor, padre ou outros religiosos, chefes ligados ao trabalho, colegas de trabalho, assistente social, psicólogo, livros e fontes especializadas, farmacêuticos, vizinhos, parentes e amigos. Foram ainda estudados a pressão exercida por empregadores, notadamente sobre a mulher trabalhadora, e o potencial de influência dos meios de comunicação de massas (Loyola e Quintero, 1982).

¹⁴ Esse padrão reprodutivo controlista, induzido de maneira explícita ou difusa, era apresentado pelas agências estrangeiras como uma forma de superar o subdesenvolvimento do país, e a ação dos agentes institucionais era justificada por eles próprios, via de regra, como uma forma de “combater

Isto ocorreu não somente pela ausência de políticas públicas definidas sobre reprodução humana ou das instituições públicas de saúde no Brasil, como também pela precariedade e insuficiência desses serviços, que desde sempre deixaram sem cobertura parte significativa da população, notadamente os setores mais pobres. Mas também, e principalmente, pela forma como esses serviços foram estruturados, deixando à iniciativa privada um enorme espaço de atuação, financiado com recursos públicos¹⁵.

Não obstante mudanças ocorridas na posição do governo, e principalmente a atuação do movimento de mulheres contra os efeitos predatórios e nefastos desse processo de medicalização da reprodução para a sua saúde, o fosso entre o setor público e o setor privado não fez mais do que aumentar. Ou seja, a saúde reprodutiva no Brasil continua predominantemente sob a iniciativa do setor privado da medicina com as implicações que isso comporta.

Ao contrário de outros países, todos os contraceptivos — do condom a contraceptivos hormonais orais ou injetáveis, DIU, diafragma, geléias, etc. — são vendidos livremente no Brasil, sem necessidade de prescrição médica. Esse fato, aliado à carência de assistência médica de qualidade, é responsável por uma forma de medicalização na qual a prática contraceptiva está desvinculada da atenção à saúde. Disso resulta um perfil específico de prática contraceptiva caracterizado por um estreito leque de métodos, dominados pela esterilização cirúrgica. Este método é o mais utilizado por mulheres unidas no Brasil, sendo que, em 1996, 40,1% daquelas mulheres já tinham sido esterilizadas, aos 28,9 anos de idade¹⁶. A pílula, o segundo método mais usado, é o que apresenta maior índice de abandono: quase 80% das mulheres unidas já o haviam utilizado alguma vez em suas vidas, embora apenas 20%

a pobreza”, “diminuir o custo de vida das famílias” e “evitar a marginalidade social” provocada pelo abandono dos filhos. E o mais curioso é que a entrada e difusão desses métodos no país se deu num contexto de ausência e mesmo desaprovação de um política populacional do tipo controlista por parte do governo brasileiro, e sob forte condenação da Igreja Católica e de setores da esquerda no país (Loyola e Quintero, 1982).

¹⁵ De fato, o funcionamento da atenção à saúde baseado na compra de serviços privados de terceiros pelo Estado, através do Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), constitui característica marcante do sistema nacional de saúde desde a década de 70. Esta instituição foi extinta em 1988, e em seu lugar foi proposto o Sistema Único de Saúde, que nesse aspecto segue a mesma orientação.

¹⁶ No Brasil como um todo, metade das mulheres unidas (50%) são esterilizadas com até dois filhos, e 66,4% com três. As taxas de esterilização no Brasil são “mais do que o dobro daquelas prevalentes nos países ricos” e bem maiores também que no Terceiro Mundo, onde 25% dos casais estariam esterilizados (PNDS, 1996).

o estivessem fazendo, hoje. Ligada à auto-administração do medicamento, a interrupção do uso, determinada pela alta incidência de efeitos colaterais desagradáveis e indesejados, se faz muitas vezes sem orientação de médico ou de serviços de saúde, expondo a mulher a uma gravidez indesejada. Tais circunstâncias permitem inferir que, no Brasil, o uso da contracepção estaria resultando num aumento do recurso ao aborto provocado, em mulheres altamente motivadas a controlar sua fecundidade (Giffin, 1992).

A prática do aborto no Brasil é criminalizada, exceto em casos de estupro e risco iminente de vida da mãe. Ele é, entretanto, praticado em larga escala clandestinamente, e na maior parte das vezes em condições inadequadas.

A dificuldade de regulação dos nascimentos, numa época em que se dispõe de uma gama enorme e variada de métodos contraceptivos, é consequência da ausência ou deficiência na implementação de programas públicos de saúde sexual e reprodutiva. Consequência, portanto, da omissão do Estado no que diz respeito à colocação em disponibilidade de meios e serviços de boa qualidade no campo da reprodução — da qual o aborto clandestino e o recurso voluntário à esterilização cirúrgica clandestina constituem as expressões mais gritantes. Por serem causas de esterilidade, provocada diretamente pela intervenção médica, a dinâmica do recurso a esses procedimentos deve estar implicada de forma central numa discussão sobre as NTR.

Uma “cultura da esterilização” não teria se instalado no país sem o aparato que lhe dá suporte, ou seja, a alta prevalência de partos cirúrgicos, que representam hoje quase 50% de todos os partos no país, segundo a PNDS (1996)¹⁷. Sem dúvida, o aspecto mais negativo das laqueaduras no Brasil é sua realização clandestina como fonte ilegítima de lucro: pois, além da exploração, tal prática nega a possibilidade de escolha, mesmo deste método, num contexto de esclarecimento e dentro de uma perspectiva de atenção à mulher e à sua saúde¹⁸.

¹⁷ Como afirma Berquó (1993), o fato de o governo remunerar atos médicos praticados no setor privado dirigido basicamente ao lucro gerou distorções, como a prescrição daqueles mais bem remunerados, entre eles os partos cirúrgicos. Estes não deixaram de crescer desde os anos 70, sendo seu número tão elevado que passou a ser conhecido como o “escândalo das cesarianas”.

¹⁸ Em 1990, a mortalidade materna era, no Rio de Janeiro, de 52,41 mortes por cem mil nascidos vivos, mantendo-se particularmente alta, sobretudo se considerarmos o conhecimento médico na área e a simplicidade da “tecnologia” requerida para evitar-se grande parte dessas mortes. Em quase 90% dos casos, as causas de morte materna no Rio de Janeiro, padrão que se repete para o país como um todo, são devidas a *toxemias* (crises de hipertensão arterial associadas à gravidez), *hemorragias*, *infecções* e gravidez terminada em *aborto*. Segundo padrões atuais, “a mortalidade materna seria evitável em 96% dos casos, por tratamentos simples, conhecidos e baratos” (Silva, 1994), e é isso que faz desse indicador um excelente índice da qualidade de assistência médica ao ciclo reprodutivo — do pré-

As NTR aportam no Brasil num contexto configurado pela existência de um enorme acúmulo de conhecimentos e de tecnologia avançados, ao lado de indicadores de saúde reprodutiva medíocres. Neste campo vige, também, o paradoxo de sermos uma sociedade altamente medicalizada — no plano dos significados e dos sentidos sobre o corpo, assim como do consumo em saúde — sem as garantias de acesso universal e eficiente à informação, atenção e cuidados dirigidos à mulher e à criança. Convivem, assim, situações desfavoráveis à concepção e à fertilidade com o rápido desenvolvimento e absorção de técnicas avançadas de artificialização do processo reprodutivo que podem configurar, em um curto período, a introdução, no país, de um pernicioso ciclo *esterilização cirúrgica e aborto clandestino / infertilidade / reprodução assistida*. Ainda que a princípio esse ciclo não seja aplicável às mesmas mulheres, coletivamente faz sentido pensá-lo.

A Demanda por Reprodução Assistida

Embora seja praticamente impossível, devido à falta de informações disponíveis, estimar a demanda por reprodução assistida no país, acreditamos que ela seja relativamente pequena. Em primeiro lugar, devido ao elevado custo de sua aplicação. Segundo informações colhidas de entrevistas com médicos, o preço de uma tentativa de fertilização *in-vitro* oscila entre quatro e cinco mil dólares (Corrêa, 1997a). Mas para as usuárias entrevistadas no presente estudo, o custo de cada tentativa alcançaria de oito a dez mil dólares, incluindo os custos dos medicamentos e de alguns exames complementares. Em função das baixas taxas de sucesso, o procedimento do ciclo de fertilização *in-vitro* deve ser, na maior parte dos casos, repetido algumas vezes até se obter a gravidez e o bebê esperado¹⁹. Acresce-se a isso a disponibilidade de tempo por parte da mulher, o que significa estar excluída do

natal, ao parto e puerpério, passando pela gravidez. Somente uma atenção à saúde relegada ao abandono, com graves deficiências em termos de recursos materiais e humanos, como a nossa, admite que mulheres já internadas em hospitais para o parto não possam ser devidamente atendidas em função de patologias simples, como as aqui mencionadas.

¹⁹ Não existem trabalhos que estimem os custos de um bebê Fiv no Brasil. Marcus-Steiff indica que, na França, cada tentativa de Fiv custaria em média três mil dólares, e nos Estados Unidos de três a seis mil dólares. Considerando estimativas de fracasso calculadas acima de 80%, uma gravidez — o que não significa a garantia de um nascimento — poderia custar, na época, mais de 25 a 48 mil dólares naqueles países. Segundo Testart, cada ciclo de tentativa custaria por volta de dois mil dólares na França. Com uma expectativa de sucesso de 10%, um bebê Fiv custaria, segundo ele, cerca de 20 mil dólares. Marcus-Steiff (1990); Testart (1994).

mercado de trabalho, dispor de uma atividade de trabalho com tempo flexível ou poder licenciar-se do emprego com grande frequência, e dispor de recursos para submeter-se ao tratamento, inclusive aos riscos de uma gravidez múltipla, fortemente implicados em sua utilização. Em segundo lugar e, conseqüentemente, porque estando excluídas dos serviços públicos de saúde e dos procedimentos pagos ou reembolsáveis pelos planos e seguros de saúde privados, essas técnicas tornam-se inacessíveis à população pobre e a uma grande parte daquela da classe média menos favorecida.

Esse é o caso de quatro mulheres que entrevistamos, as quais, embora aleguem também outros motivos, optaram pela adoção ou ficaram sem filhos, ao se defrontarem com os custos financeiros que o seguimento destes “tratamentos” implicavam. Dentre as que recorreram a essas tecnologias, todas de classe média alta (com renda mensal superior a cinco mil dólares mensais), alegam que tiveram de economizar ou sacrificar-se de alguma maneira para fazer face às despesas decorrentes do tratamento. Além daquelas quatro, duas mulheres que não poderiam pagar e que interromperam o protocolo médico de investigação porque o “tratamento” proposto constava de *inseminação com doador*, considerado inadmissível por elas e pelos parceiros.

Por outro lado, contrariando o argumento geralmente utilizado pelos médicos que a praticam, nossos dados indicam que a demanda por reprodução assistida no Brasil, ou pelo menos no Rio de Janeiro, não é espontânea. Em todos os casos estudados, o encaminhamento para especialistas na aplicação dessas técnicas foi feito pelos próprios médicos, geralmente ginecologistas do setor privado da medicina. Eles desempenham, assim, um papel de triagem do acesso àquelas tecnologias. Todas as mulheres tinham conhecimento, através da mídia, da existência desses recursos tecnológicos, mas foram enfáticas em afirmar que jamais as utilizariam espontaneamente, seja porque “não sabia se era o meu caso”, porque “achava muito artificial”, uma “coisa meio fria”, porque “seria absurdo se submeter a isso com tanta criança abandonada”, ou simplesmente porque “nunca havia pensado”.

Entretanto, a avaliação positiva ou negativa dessas técnicas varia de acordo com a situação das entrevistadas. As que não puderam optar por essas tecnologias — por razões financeiras, por terem desistido em função da invasividade da investigação diagnóstica, ou porque o “caso” envolveria doação de esperma — tentam desvalorizá-la como “artificiais”, “perigosas” ou mesmo “absurdas” face a outras alternativas. As que engravidaram (duas mulheres no grupo) ou as que continuam tentando engravidar através da

reprodução assistida, ao contrário, acham bem-vinda e positiva, sendo que uma das grávidas chega a aplaudir: “viva a ciência!”. De forma semelhante, as primeiras tendem a “estranhar” a criança gerada através dessas tecnologias, enquanto as últimas a julgam “tão natural quanto as nascidas naturalmente”, e mesmo melhor: “porque quando passa pela medicina é muito mais querido, mais esperado; o que você passou, o que você quis... é muito mais amado” (Corrêa, 1997a).

A Descoberta da Infertilidade

Não obstante valorizarem positivamente a reprodução assistida, as mulheres que se submeteram a ela são unânimes em ressaltar os custos financeiros, físicos e emocionais de sua aplicação, invasividade, efeitos colaterais, o tempo de espera, o transtorno cotidiano, o *stress* psicológico e as consequências nem sempre positivas sobre o relacionamento do casal (em dois casos, essa situação resultou no desenlace da união). Por que então elas não oferecem resistência à utilização dessas técnicas e, ao contrário, como indicam nossas entrevistas, se mostram ávidas em utilizá-las?

Em primeiro lugar, porque a constatação da infertilidade constitui um trauma que contraria crenças arraigadas e põe em cheque a realização de valores profundos. Essa constatação é, assim, acompanhada geralmente de enorme frustração e desamparo, que tornam o casal vulnerável às promessas milagrosas da ciência. Em segundo lugar, porque a infertilidade aparece em geral tardiamente. De um lado, ao término de um longo processo de preparação para o nascimento do primeiro filho, que envolve, muitas vezes, grande investimento material e psicológico: “estavam começando a vida”, “não se sentiam preparados”, “apartamento pequeno etc.”, “queriam ter condições de dar uma boa educação”. Por outro lado, a descoberta da infertilidade se dá num momento em que a mulher está próxima do limite biológico para enfrentar uma gravidez sem riscos. Todas as entrevistadas mencionaram esse problema, muitas vezes descrito como um fantasma. A constatação da infertilidade acompanha-se, assim, de um sentimento de urgência: “bate um desespero quando a gente sabe da infertilidade, que a gente faz qualquer coisa... a gente perde o discernimento mesmo”.

Essa urgência, que fragiliza psicologicamente o casal, é reforçada ao longo do processo de busca de uma solução: a série de exames que antecedem o encaminhamento a um especialista em reprodução assistida. Assim, quando o casal chega a iniciar as tentativas de Fiv — como diz uma entre-

vistada: “já está disposto a qualquer coisa” — a se submeter a todas as exigências do tratamento, inclusive a seus riscos. E aqui surge um fator que consideramos dos mais importantes: a ocultação ou minimização dos riscos reais de emprego dessas tecnologias por parte dos médicos. Indagadas se haviam sido informadas sobre o baixo percentual de sucesso dessas tecnologias, a maior parte respondeu afirmativamente. Mas o que se tornou norma de esclarecimento entre os médicos sobre este ponto foi relacionar as chances de uma gravidez Fiv às chances de uma gravidez por relação sexual, igualando-as: ambas teriam cerca de 25% de chances de êxito²⁰.

Pode-se argumentar que em função do sentimento de urgência e da exacerbação do desejo de engravidar, ligados ao engajamento no uso dessa tecnologia, os riscos sejam minimizados pelos próprios pacientes — uma das mulheres entrevistadas relatou que “não quis saber por medo de desistir do tratamento”. Entretanto, casos como esses não retiram a responsabilidade do médico, que deveria insistir na informação correta.

O Desejo de Filhos: Reprodução Assistida x Adoção

Indagadas se em algum momento de suas vidas pensaram na possibilidade de viver sem filhos, todas as mulheres entrevistadas responderam que não, ou que mesmo tendo pensado rejeitaram-na:

“impossível pensar em viver sem filhos”; “sempre gostei de crianças”; “acho que tem casal que pode viver sem filhos... mas não para nós”; “a vida seria sem sentido sem um filho”; “a criança é uma felicidade”; “mulher que não quer ter filhos é uma aberração”; “casal sem filhos não é família, família sempre tem que ter filhos”; “casal sem filhos não é família, é casal”; “casal que não tem filhos é uma família incompleta”.

²⁰ O problema da divulgação do sucesso dos bebês Fiv e da reprodução assistida de um modo geral é um ponto crítico no emprego das NTR. Além do encobrimento de seu alcance quantitativamente limitado pelo tipo de manipulação comentada em nota anterior, e da prática científica pobre no que diz respeito à comparação entre o emprego das diferentes técnicas conceptivas em diferentes casos ou indicações, todos fatos altamente criticáveis, passou-se a lançar mão do artifício de comparar o sucesso dessa tecnologia pesada e que comporta riscos medicamente induzidos, ao “sucesso” da gravidez por relação sexual, como forma de justificar seu emprego. Seríamos seres sexuados de baixa capacidade reprodutiva (?), o que, na visão de muitos especialistas do campo da reprodução assistida, legitimaria toda e qualquer intervenção, sobretudo em nome de uma demanda de filhos.

Para esse grupo, o desejo de filhos insere-se, assim, na lógica da constituição da própria família, e por essa via o desejo de constituir família seria anterior ao desejo de filhos. E é em função dessa lógica que a maior parte das entrevistadas é contra a utilização dessas técnicas por homossexuais e por mulheres solteiras.

“Criança tem que ter um pai e uma mãe, tem que ser um casal: tem que pensar em quem está vindo”; “casal de homossexual com filho é uma inversão de valores, de família. Eles terem caso, sim, mas criança no meio não dá”.

Mas o próprio desejo de constituir família se insere na lógica mais ampla da reprodução, do desejo de garantir a própria continuidade através dos filhos, para os quais o ambiente familiar, formado por um pai e uma mãe é, não fundamental, ainda desejável.

“É bom ver um filho crescer, criar, tratar com carinho... aquela criança reflete você nela, é uma alegria”; “é importante a luta para deixar uma coisa sua, uma continuidade sua, um reflexo seu, você deixar alguma coisa no mundo. Os nossos pais nos deixaram... é um jeito de melhorar o mundo”.

Essa idéia do filho como *reflexo de si* pela educação pode sugerir uma aceitação da adoção como alternativa à reprodução assistida. Mas esse é um dos pontos mais sensíveis na análise do problema da reprodução face à atual medicalização da ausência de filhos, pois, ao contrário dos bebês sob demanda das NTR, na adoção expressa-se, antes de mais nada, o interesse da criança e o interesse social, se podemos falar assim, de assegurar e atribuir meios à reprodução social dos já nascidos. Os contrastes entre essas práticas podem ser ainda mais agudos no Brasil, país marcado por desigualdades sociais, onde se aprofunda progressivamente o problema da exclusão social, que atinge, antes de mais nada, grupos como os formados pelas crianças.

Das mulheres que compõem nosso universo, duas adotaram criança(s) após ampla investigação da dificuldade de engravidar ou após tentativas frustradas de tratamento por reprodução assistida. Uma delas insistiu várias vezes nas vantagens da adoção e no fato de que, para ela, isso constitui uma real opção — sem esquecer o fato de que esse casal possuía recursos materiais para prosseguir em tentativas com as NTR. Entretanto relatou ter feito algumas tentativas de inseminação artificial, mas não aceitou a indicação

recebida de um médico de fertilização *in-vitro*, por considerar “bebê de proveta artificial demais”.

Embora muitas mulheres se refiram freqüentemente às numerosas “crianças abandonadas que necessitam de um lar”, que povoam o cotidiano das ruas de uma cidade como o Rio de Janeiro, a adoção aparece quase sempre como um último recurso. Isso porque a idéia de criação de um filho tem um sentido mais amplo do que o da socialização; a idéia de “*reflexo de si*” associada à criança, implicando não somente a transmissão de características sociais mas também e, sobretudo, de características biológicas:

“é bom ver ele crescer dentro de você”; “é importante a experiência da gravidez, ver a barriga crescer, ter uma vida dentro de você”; “toda mulher tem prazer em engravidar”; “importante dar aquela coisinha nossa, um pedaço nosso, do nosso corpo”.

A idéia de criação implica não somente a fase da gravidez, o crescimento no próprio corpo, como também a visão de que o filho constitui uma espécie de prolongamento do corpo dos pais.

Daí advém o fato de essas mulheres entrevistadas serem, em sua totalidade, contrárias à doação de material reprodutivo “dos outros” e à barriga de aluguel, por elas associados à idéia de presença de um “corpo estranho” entre o casal. É ainda segundo esta lógica que muitas mulheres aceitam que homossexuais adotem crianças — “porque elas já estão no mundo e precisando” — mas não a gerem por reprodução assistida, como fica implícito na fala dessa entrevistada:

“aí não [por reprodução assistida] porque eles já vêm com essa tendência [de ser homossexuais], e aí a criança também já pega” ou de uma outra: “porque biologicamente não é normal”.

Mas a rejeição à doação de material reprodutivo — aspecto no qual o grupo é unânime — deve-se também ao fato de esta prática, além de expor a falha biológica do casal, excluir um dos parceiros da reprodução genética, ameaçando assim o “equilíbrio do casal” “a estabilidade entre os parceiros”, “ser sujeira de um com o outro”. Sobretudo, como nos casos aqui estudados, em que apenas um dos dois parceiros foi medicamente considerado infértil. Quanto à hipótese que levantamos de uma reprodução na qual estivesse envolvida doação de óvulo mais doação de sêmen, ou do embrião já forma-

do, a rejeição é igualmente violenta. Nos dois casos, todos preferem e defendem a adoção.

A crença de que a reprodução é por definição um processo eminentemente “natural” se expressa também na associação da infertilidade à idéia de que “talvez a natureza não queira que a gente tenha filho”, manifestada como um temor que acompanha o tratamento; assim como na expectativa sempre presente, mesmo por aquelas mulheres que já esgotaram todos os recursos, inclusive as tentativas de fertilização *in-vitro*, de que um dia terminarão por “engravidar naturalmente”.

Reprodução Assistida e Gênero

A resistência dos homens em relação às mulheres, em admitir que estão doentes e procurar o médico é bastante conhecida e geralmente associada aos atributos de gênero que cercam a noção de virilidade — força física, solidez, autocontrole, etc. (Loyola, 1983). Esse distanciamento da fragilidade biológica do ser humano, que parece caracterizar o *ethos* masculino, é particularmente pertinente no que diz respeito à reprodução, historicamente caracterizada como um *affaire* feminino. Não somente é no corpo da mulher que se passa a quase totalidade do processo reprodutivo (gravidez, parto, aleitamento) como é também sobre seu corpo que incidem todos os insucessos e os progressos tecnológicos, ou não, destinados ao controle ou ativamento da reprodução.

Assim, não é de se estranhar que no grupo estudado a iniciativa em procurar o médico, quando o casal se percebe numa situação de infertilidade, tenha partido sistematicamente das mulheres. Alguns maridos acompanham suas esposas aos consultórios e clínicas ginecológicas, mas a investigação sobre possíveis causas da dificuldade de engravidar incide primeiramente sobre a mulher e seu corpo.

Embora essa atitude seja comum a todo o grupo estudado, a resistência masculina em procurar e submeter-se às orientações do médico é maior nas classes baixas, como no caso do discurso de uma empregada doméstica entrevistada. Enquanto ela “fazia tudo o que o médico mandava”, seu marido ofereceu enorme resistência aos procedimentos tanto dela, e sobretudo dele, de investigação das dificuldades de engravidar (mesmo se, neste caso, o problema da infertilidade fosse devido ao parceiro masculino). Torna-se compreensível a resistência e o constrangimento do homem, particularmente neste caso específico, se nos lembrarmos que historicamente a infertilidade

foi imputada exclusivamente à mulher, tornando-se um problema também masculino apenas com pesquisas relativamente recentes. Não soa pois estranho o relato desta entrevistada, acerca das acusações do marido: “você é uma mulher doente; toda mulher arruma filho, você nada”.

Ainda hoje, a infertilidade é associada à impotência, o que explica a resistência maior por parte dos homens a todas as alternativas que tornem socialmente visíveis, ou passíveis de gerar dúvidas sobre sua fertilidade, como doação de sêmen, barriga de aluguel e inclusive a adoção. O constrangimento do homem em expor-se à suspeita de infertilidade parece ser ainda bastante forte, mesmo nas camadas médias e altas, como ilustra o exemplo do ex-marido de uma entrevistada médica (ambos trabalham no campo da saúde), que preferia recorrer à doação de sêmen do que à adoção — único caso que relatou essa preferência, dentre as entrevistadas. Para ele, a doação de sêmen de um terceiro poderia permanecer encoberta pelo segredo médico, ao contrário da adoção, que poderia tornar público o problema de infertilidade do casal, que acabou se separando no decorrer do tratamento.

O segredo que envolve o recurso à reprodução assistida insere-se nessa lógica. De forma unânime, as mulheres entrevistadas concordam que a identidade do doador de sêmen, nos casos em que ocorre doação, seja mantido sob sigilo. Já em relação ao conhecimento da suspeita de infertilidade e dos passos relativos ao tratamento, o grupo se divide: uma metade não vê problemas e até mesmo conta com o apoio de familiares e amigos, enquanto a outra prefere não se expor.

Embora a regra do segredo seja proposta em normas éticas que cercam o uso das novas tecnologias, e que contribuindo de forma importante para as dificuldades de desenvolvimento de pesquisas sociológicas em associação a equipes médicas, esse segredo é dificilmente mantido no ambiente dos consultórios médicos. Seja por inabilidade do pessoal de apoio, que inadvertidamente nomeia o procedimento ao qual a(o) paciente que está na sala de espera vai submeter-se; seja porque o clima de solidariedade que por vezes se instala nesses ambientes propicia ao casal trocar experiências com outros que se encontram na mesma ou em situações similares.

Conclusão

Essas atitudes que cercam em geral o processo reprodutivo — os constrangimentos relativos à infertilidade, o desejo de filhos e de constituição de uma família — levam a crer que, a menos que mudanças significativas,

algumas já em curso, no sistema de valores nessa área venham a ocorrer e a se difundir rapidamente, a procura pelas NTR deve aumentar, principalmente se esses serviços se tornarem acessíveis a uma parcela menos limitada da população, como ocorre atualmente. Entretanto, nada indica que isso venha a ocorrer tão rapidamente como ocorreu com a divulgação dessas tecnologias na mídia. Por outro lado, ao contrário também do que alegam os especialistas, a demanda por essas tecnologias não é espontânea, mas induzida pelos próprios médicos, o que não significa que, estimulado, o recurso às NTR não seja amplamente aceito e bem-vindo. Isto porque a reprodução assistida responde a um *desejo de ter filhos*, visto como indispensável à constituição de família, projeto altamente valorizado pelas mulheres estudadas.

Ao mesmo tempo, uma análise do processo histórico de medicalização da sexualidade e da reprodução permite supor que as idéias de vida (entendida como vida biológica), de maternidade / paternidade, o valor da procriação, já fortemente marcadas pelo discurso médico (e psicológico) moderno, podem estar sendo reforçadas pelas NTR. Como vimos, o filho é percebido como um *reflexo* dos pais, não somente no sentido social do termo, mas também e sobretudo como um reflexo biológico, representação que as tecnologias reprodutivas tendem a reforçar.

É nesse sentido que o recurso ao uso de material reprodutivo doado — sêmen, óvulo, embrião doado, aluguel de útero — é tratado como algo insólito, injustificado, como a presença de um “corpo estranho” num processo que ainda é visto pelo grupo como eminentemente biológico e restrito a um único casal. Contra essas possibilidades, a adoção de uma criança surge espontaneamente na fala das entrevistadas como algo preferível e, muitas vezes, desejado. Mais importante, como mostra a rejeição à doação de sêmen ou embriões, nem sempre os limites da ciência (ou a falta deles) coincidem com os limites dos indivíduos e dos grupos sociais aos quais pertencem.

Referências Bibliográficas

- BECKER, G. Metaphors in disrupted lives: infertility and cultural constructions of continuity. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 8, 4, p. 383-410, 1994.
- BECKER, G.; NACHTIGALL, R. D. Eager for medicalization: the social production of infertility as a disease. *Sociology of Health and Illness*, v. 14, n. 4, p. 456-471, 1992.
- BERQUÓ, E. Brasil um caso exemplar. Anticoncepção e partos cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar. *Estudos Feministas*, ano 1, n. 2, p. 366-381, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cebrap. *Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepção do HIV/ AIDS*. Relatório do projeto-piloto. Santos, SP / Jacobina, BA, 1996.
- COREA, G. Le projet Manhattan de reproduction. *Les Cahiers du Griff* - de la parenté à l'eugénisme. Paris: Tierce, automne 1987.
- CORRÊA, M. V. *A tecnologia a serviço de um sonho: um estudo sobre a reprodução assistida*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997a.
- _____. As novas tecnologias reprodutivas: uma revolução a ser assimilada *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 1, p. 69-98, 1997b.
- CORRÊA, M. V.; RIOS, A. *Segredo e doação: a prática do segredo na doação de material reprodutivo humano*. Projeto de Pesquisa. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993.
- FIVNAT. Bilan 1993. In: BACHELOT, A.; TESTART, J.; RUGAT, P.; LOGEROT-LEBRU, H.; MOUZON, J. (orgs.). *Contraception, Fertilité et Sexualité*, v. 22, n. 5, p. 278-281, 1993.
- FRANCO JUNIOR, J. G.; WHEBA, S. I Registro Brasileiro sobre o uso das técnicas de reprodução assistida - 1992. *Reprodução*, v. 9, n. 3, p. 199-202, jul./set. 1994.
- GIFFIN, K. Modernidade perversa e reprodução humana no Brasil. In: LEAL, M. C. et al. (org.). *Saúde, ambiente e desenvolvimento*. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco, 1992.
- HEALY, D. L.; TROUSON, A. O.; ANDERSEN, A. N. Female infertility. *The Lancet*, v. 343, jun. 18, 1994.
- HERITIER, F. *Masculin / féminin. La pensée de la difference*. Paris: Odile Jacob, 1996.
- JORNAL BRASILEIRO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA. *Resultados no Brasil das técnicas de reprodução assistida durante o ano de 1995*. n. 2, p. 1-4, 1997.

- LOYOLA, M. A. *L'esprit et le corps: des thérapeutiques populaires dans la banlieue de Rio*. Paris: Ed. de la Maison des Sciences de l'Homme, 1983.
- _____. Sexualidade e reprodução. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v. 2, n. 1, p. 93-105, 1992.
- LOYOLA, M. A.; QUINTEIRO, M. *Estudos da atuação das instituições sociais no processo de reprodução humana*. São Paulo: CEBRAP, 1982.
- MARCUS-STEIFF, J. Les taux de succès de la FIV: fausses transparences et vrais mensonges. *La Recherche*, v. 21, n. 225, p. 1.300-1.312, oct. 1990.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Adelantos recientes en materia de concepcion con ayuda medica*. Genebra, 1992 (Serie Informes Técnicos, 820).
- PESQUISA NACIONAL SOBRE DEMOGRAFIA E SAÚDE (PNDS). *Relatório Preliminar*. Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Rio de Janeiro, Brasil, 1996.
- PONS, J. C. *Les nouvelles grossesses*. Paris: PUF, 1996.
- REIS, A. R. G. *A fertilização in-vitro no Brasil. A história contada, as estórias*. Brasília: Biblioteca do Senado Federal, 1985 (mimeo).
- SILVA, M. A. *Tecnologias reprodutivas: a concepção de novos dilemas*. São Paulo: ECOS, 1991.
- STANWORTH, M. *Reproductive technologies - gender, motherhood and medicine*. Londres: Polity Press / Basil Blackwell, 1987.
- TESTART, J. (org.). *Le magasin des enfants*. Paris: Gallimard / Folio, 1994.