

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA**

**CRISTIANE DE CÁSSIA NOGUEIRA BATISTA DE ABREU**

**UM FILHO A QUALQUER PREÇO: OS DILEMAS E ESPERANÇAS DA  
REPRODUÇÃO ASSISTIDA EM CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ.**

**CAMPOS DOS GOYTACAZES**

**2017**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA**

**CRISTIANE DE CÁSSIA NOGUEIRA BATISTA DE ABREU**

**UM FILHO A QUALQUER PREÇO: OS DILEMAS E ESPERANÇAS DA  
REPRODUÇÃO ASSISTIDA EM CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política do Centro de Ciências do Homem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Marinete dos Santos Silva, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutora em Sociologia Política.

**CAMPOS DOS GOYTACAZES**

**2017**

**CRISTIANE DE CÁSSIA NOGUEIRA BATISTA DE ABREU**

**UM FILHO A QUALQUER PREÇO: OS DILEMAS E ESPERANÇAS DA  
REPRODUÇÃO ASSISTIDA EM CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política do Centro de Ciências do Homem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Marinete dos Santos Silva, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutora em Sociologia Política.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marinete dos Santos Silva – Orientadora  
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Egleubia Andrade de Oliveira  
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

---

Prof. Dr. Carlos Abraão Moura Valpassos  
Universidade Federal Fluminense (UFF)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Vera Lúcia Marques da Silva  
Faculdade de Medicina de Campos (FMC)

---

Prof. Dr. Nilo Lima de Azevedo  
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

Dedico este trabalho a todos os casais do  
Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do  
Norte Fluminense. A vocês: O Futuro!

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, José Maria e Maria da Conceição, pelo amor e cuidados de uma vida.

Aos meus irmãos Eliane, Danielle e Marcelo pela presença amiga e constante.

Ao meu marido Carlos Américo e ao meu filho Pedro pelo incentivo, amor e amparo em todos os momentos da minha caminhada.

A minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Marinete dos Santos Silva, porque foi o seu olhar que me trouxe até aqui. O meu muito obrigada para sempre.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, por todos os ensinamentos recebidos. Um agradecimento especial aos professores José Manuel de Resende, Roberto Dutra, Denise Terra, Vitor Peixoto, Nilo Azevedo, Vera Marques e Carlos Abraão Valpassos pelas valiosas contribuições por ocasião da defesa de Projeto de Tese e da Qualificação de Tese.

Aos amigos e colegas do Programa de Pós Graduação em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense: Marusa Silva, Fábio Bila, André Altoé, Raquel Callegario, John Marr Ditty, Sana Gimenes, Gustavo Carvalho, Rogério Fernandes, pela amizade, carinho, apoio e trocas contínuas. Vocês são muito especiais.

Ao amigo de todas as horas, Rafael França. O meu muito obrigada por tudo: pelo afeto, pela parceria, pelas nossas profícuas discussões intelectuais, pelos livros e pela inspiração. Você tem o dom de espalhar boas sementes por onde passa.

A equipe multiprofissional do Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte Fluminense, os meus mais sinceros agradecimentos pela acolhida, pelo carinho e atenção dispensados.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudos durante o doutorado.

E finalmente aos casais entrevistados do Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte Fluminense, que generosamente compartilharam comigo suas angústias, alegrias, dilemas e esperanças. Sem vocês, nada deste trabalho teria sentido.

“Parir outro ser é um ato de vida. Sempre ouvimos e acreditamos nisso. E é verdade. Mas também é um ato de morte. Quando damos à luz um filho, nunca mais seremos as mesmas. Ter espaço para pensar, falar e lidar com esta morte simbólica é importante para seguir a vida. E fazer dela algo que valha a pena”.

*Eliane Brum*

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar e discutir como a construção dos significados de maternidade, paternidade e família consanguínea são permeados pelos tradicionais valores de gênero em interface com as tecnologias reprodutivas conceptivas, que se tornaram um recurso para muitos casais inférteis. A partir de uma abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas com 12 casais heterossexuais com histórico de esterilidade/infertilidade e com nove integrantes da equipe técnica multiprofissional do Serviço de Reprodução Humana Assistida do Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte Fluminense, CIN-NF, em Campos dos Goytacazes, RJ. Não obstante todas as conquistas feministas e as possibilidades oferecidas para o controle da reprodução, através de métodos contraceptivos e conceptivos, a maternidade permanece vinculada socialmente como a função precípua e até mesmo identitária da mulher. A grande procura e oferta dessas técnicas demonstram a continuação de determinados valores referentes às questões de gênero e à vida familiar traduzidos pelo desejo de filhos e pela constituição da família consanguínea como o objetivo a ser alcançado.

**Palavras- chave:** Maternidade, Reprodução Assistida, Gênero, Família.

## **ABSTRACT**

The current work has the objective to analyze and discuss how the construction of the meanings of motherhood, fatherhood and inbred family are permeated by the traditional values of gender in interface with the conceptive reproductive technologies that have become a resource for many infertile couples. From a qualitative approach, interviews with 12 heterosexual couples with a historical background of infertility and nine members of the Center of Infertility and Fetal Medicine of Northern Fluminense, CIN-NF, in Campos dos Goytacazes, RJ, were conducted. Notwithstanding all the feminist achievements and the possibilities offered for the control of reproduction, through contraceptive and conceptive methods, motherhood remains socially linked as the primary function and even as the identity of women. The great demand and supply of these techniques demonstrates the continuation of certain values referred to the issues of gender and family life, reflected by the desire for children and the constitution of the consanguineous family as the goal to be achieved.

**Key words:** Maternity, Assisted Reproduction, Gender, Family.



## **LISTA DE SIGLAS**

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BCTG – Banco de Células e Tecidos Germinativos

CAISM – Centro de Assistência Integral a Saúde da Mulher

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIN-NF – Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte Fluminense

CONEP – Comitê Nacional de Ética em Pesquisa

CTI – Centro de Tratamento Intensivo

DNA – Ácido Desoxirribonucleico

DST – Doença Sexualmente Transmissível

FIV – Fertilização in vitro

FSH – Hormônio Folículo- Estimulante

GIFT – Gametes Intrafallopian Transfer – Transferência Intratubária de Gametas

HCG – Human Chorionic Gonadotropin – Gonadotropina Coriônica Humana

HEAA – Hospital Escola Álvaro Alvim

IA – Inseminação Artificial

IAD – Inseminação por Doador Anônimo

ICSI – Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide

LH – Hormônio Luteinizante

OGM – Organismo geneticamente modificado

OIPTI – Orientações e Instruções para Tratamento de Infertilidade

PESA – Aspiração Percutânea de Espermatozoide do Epidídimo

PGD – Diagnóstico Pré- Implantacional

PPGSP – Programa de Pós Graduação em Sociologia Política

RHA – Reprodução Humana Assistida

RA - Reprodução Assistida

RedLara – Rede Latino Americana de Reprodução Assistida

SBRA – Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida

SHO – Síndrome da Hiperestimulação Ovariana

SUS – Sistema Único de Saúde

TESA – Aspiração Testicular de Espermatozoide

TRCs- Tecnologias Reprodutivas Conceptivas

TSH – Hormônio Estimulante da Tireóide

TETE – Transferência Tubária de Embriões

ZIFT – Zygote Intrafallopian Transfer – Transferência Intratubária de Zigotos

## Sumário

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1 – A MATERNIDADE EM QUESTÃO: SER OU NÃO SER MÃE .....	27
1.1 - A História da construção da maternidade – discursos e contra discursos.....	27
1.1.1 – Da Pré-História a Rousseau.....	27
1.1.2 - O Discurso filosófico – de Rousseau a Freud .....	36
1.1.3 - Do controle de nascimentos à maternidade escolhida.....	41
1.2 - O Debate atual – As mães possíveis.....	50
1.2.1 - A mãe em tempo integral .....	52
1.2.2 - A mãe conciliadora .....	53
1.2.3 - A mãe a todo preço .....	56
1.2.4 - A mãe ambivalente (e corajosa).....	57
1.2.5 - A mãe que recusa a maternidade.....	58
1.2.5.1 - A recusa por opção – as childfrees.....	58
1.2.5.2 - A mãe que recorre à interrupção voluntária da gestação .....	60
1.2.6 - A melhor mãe .....	63
1.2.7 - Enfim, as mães possíveis.....	68
CAPÍTULO 2 – A CONTRIBUIÇÃO DO MOVIMENTO FEMINISTA NA CONSTRUÇÃO DA MATERNIDADE .....	70
2.1 Breve Histórico do Feminismo.....	72
2.2 Breve histórico do Movimento Feminista no Brasil.....	92
2.3 Feminismo e Maternidade .....	102
2.3.1 As feministas da Segunda Onda e a Maternidade .....	104
2.3.1.1 O discurso feminista radical - Ser mãe é um Ônus .....	104
2.3.1.2 O Discurso Feminista e a Psicanálise – Ser mãe é uma dádiva.....	111
CAPÍTULO 3 – AS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS CONCEPTIVAS: UMA FÁBRICA DE SONHOS? .....	119
3.1 A medicalização da reprodução.....	119
3.2 – O contexto de surgimento e de desenvolvimento das Tecnologias Reprodutivas Conceptivas .....	124
3.2.1 – Inseminação Artificial .....	125
3.2.2 – Fertilização In Vitro (FIV) .....	126

3.2.3- Transferência Intratubária de Gametas (GIFT - Gametes Intrafallopian Transfer)	128
3.2.4 Transferência Intratubária de Zigotos (ZIFT- Zygote Intrafallopian Transfer) ....	129
3.2.5 Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI – Intracytoplasmic Sperm Injection).....	129
3.2.6 Diagnóstico Genético Pré- Implantação (PGD) .....	130
3.2.7 Congelamento de embriões .....	130
3.2.8 Aspiração Percutânea de Espermatozoides do Epidídimo – PESA e Aspiração Testicular de Espermatozoides – TESA .....	131
3.3 O cenário de surgimento das Tecnologias Reprodutivas Conceptivas no Brasil .....	131
3.4 A Reprodução Humana Assistida e sua trajetória: Do passado ao Futuro .....	144
3.4.1 O passado que se faz presente - os riscos e os imbróglis das tecnologias.....	144
3.4.1.1 Dos riscos... ..	144
3.4.1.2 Dos imbróglis... ..	148
3.4.2 O futuro hoje: transplante de útero, gravidez masculina e útero artificial .....	151
CAPÍTULO 4 - UM FILHO A QUALQUER PREÇO.....	155
4.1 Fazer a pesquisa.....	155
4.1.1 Características da pesquisa .....	155
4.2 O Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte Fluminense – CIN-NF.....	171
4.2.1 Histórico do Serviço .....	171
4.2.2. O Ambiente da Clínica .....	173
4.3 O Perfil da Equipe Técnica do Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte Fluminense.....	176
4.3.1 Pensando com a equipe técnica do Centro de Infertilidade.....	182
4.3.1.1 Sobre os casais usuários do Serviço .....	182
4.3.1.2 Sobre a família a partir da Reprodução Assistida.....	190
4.3.1.3 Sobre sua atuação com os casais que buscam a Reprodução Assistida.....	193
4.4 Os casais do Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte Fluminense .....	201
4.4.1. O Perfil dos Casais Entrevistados.....	201
4.4.2 As vozes dos casais do Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte Fluminense .....	212
4.4.2.1 O peso da infertilidade.....	212

4.4.2.2 O(s) significado(s) da maternidade: ser mãe é...	226
4.4.2.3 O(s) significado(s) da Paternidade – Ser pai é...	232
4.4.2.4 Concepções de família.....	239
4.4.2.5 A busca pelo filho a qualquer preço .....	250
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	284
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	289
APÊNDICE .....	303
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista com a equipe técnica do Serviço de Reprodução Assistida.....	304
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista com usuários do Serviço CIN- NF .....	305
APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	308
APÊNDICE D - Fluxograma de Atendimento – CIN - NF .....	309
ANEXO .....	310
ANEXO A - Folha aprovação Plataforma Brasil .....	311

## INTRODUÇÃO

Na atualidade uma gama de transformações têm se processado nas sociedades ocidentais e, ao vislumbrar um passado recente, percebemos que tais mudanças embora não uniformes, atingiram vários grupos sociais. As questões relacionadas aos extremos etários - à infância e à terceira idade, aos direitos das *minorias* (mulheres, homossexuais e minorias étnicas), às injunções entre classes sociais, raças/etnias e sexualidade tornaram-se o cerne das discussões no mundo ocidental, não obstante seja primordial reconhecer que ainda existe um longo caminho a percorrer no sentido de se oferecer garantias de concretização diante de tais reivindicações e bandeiras de luta. No bojo dessas mudanças a causa feminista emergiu e tem sido destaque como a luta pelos direitos da mulher – o seu direito de ter voz e vez equacionadas como o acesso igualitário à educação e às condições de trabalho extra doméstico, a remuneração salarial compatível com seu grau de escolaridade, a participação política nos Poderes Legislativo e Executivo, o direito a não violência e ao tratamento dignificante dirigido a qualquer pessoa humana. Some-se a estes, a divisão sexual do trabalho doméstico, ainda um nó górdio na luta pela igualdade de gênero e sobretudo a construção do exercício livre da sexualidade, da fecundação (contracepção e concepção) e o controle sobre o seu próprio corpo.

A crescente urbanização, a expansão da economia global, a incorporação progressiva das mulheres no mercado de trabalho, o advento das inovações tecnológicas, sobretudo a partir da 2ª metade do século XX, ensejaram modificações importantes não apenas no papel da mulher, mas nas relações familiares, de gênero, nos modelos da vida privada, que repercutiram em novas configurações de família e parentesco. Com relação à reprodução, muitas mudanças se fizeram sentir e muitas mulheres passaram a reduzir o número de sua prole e ou mesmo adiar a experiência da maternidade, pois que outros interesses não circunscritos ao âmbito doméstico emergiram, tais como uma formação acadêmica prolongada, e uma maior dedicação à carreira em busca de melhor inserção profissional e consequente equilíbrio financeiro. Neste contexto, entre a escolha da maternidade e a efetivação dessa proposta, inúmeras variáveis podem vir à tona. É exatamente por ser uma experiência marcada por uma pluralidade de relações de classe, de gênero e raciais/étnicas, que a maternidade varia amplamente de acordo com o contexto histórico e cultural. Sendo

assim, o próprio significado da maternidade diversifica-se, pois que afloram as muitas mães possíveis: a mãe solteira, a mãe negra, a mãe adolescente, aquela que só gestou, a mãe genética, a mãe homossexual, a mãe tradicional. Contudo, é um fenômeno que permanece vinculado à identidade feminina, embora haja várias possibilidades de escolha propiciadas pelos métodos contraceptivos e mais recentemente, pelos conceptivos.

Apesar das mudanças operadas e das possibilidades de escolha, como mencionado, a História mostra, com suas mudanças e permanências, que a construção da maternidade tem sido atrelada a um ideal de feminilidade e de realização máxima para a mulher. A percepção de determinados valores e sentimentos classificados como *naturais* e inatos ao sexo feminino, quais sejam a obediência, a doçura, a paciência, a sensibilidade, perpetuam uma concepção de maternidade unívoca e universal e olvidam-se outras questões, como a cultura e a condição socioeconômica. Tal ideal de maternidade tem sido construído, ideologicamente falando, a partir de discursos normatizadores, ao longo do tempo e que remeteram e mesmo confinaram a mulher a um papel essencialmente doméstico e de cuidadora, vinculado a valores tidos como femininos. Aqui, recorremos à Scott e sua definição de gênero como uma forma de indicar construções culturais – “a construção de papéis sociais baseados nas diferenças percebidas entre os sexos, sendo também uma forma primária de significar as relações de poder”.<sup>1</sup> A autora opõe a diferença sexual como sinônimo de um fenômeno natural e identifica o gênero como uma forma de ordenar o mundo própria da organização social e permeado por relações de poder e como tal, deve ser entendido juntamente com outras categorias, tais como classe, etnia e orientação sexual. Esclarece ainda sobre a construção da feminilidade e da masculinidade e nos remete à questão política da maternidade, tão em voga ainda hoje.

Sob este aspecto, muitas mulheres, homens e casais que por diversas razões não podem (temporária ou definitivamente) gerar um filho, acabam por procurar ajuda na ciência – na biomedicina- para realizar tal intento, pois que o projeto de constituição de uma família com filhos passa a ser partilhado pelo casal e não apenas pela mulher. Percebe-se que a formação de uma família como meta se expressa pelo desejo de filhos e embasa determinados valores e relações de gênero, bem como modelos de relação familiar. Nesse cenário, destaca-

---

<sup>1</sup> SCOTT, Joan Wallace. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, v.20, nº2, Jul./Dez. 1995, p 71-79.

se a grande oferta de tecnologias médicas de reprodução oferecidas às mulheres, homens e casais, que possibilitam que essas pessoas vivenciem e concretizem o sonho do filho biológico.

A esterilidade, pela definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), é a incapacidade de um casal conceber, após o período de um ano de relações sexuais regulares sem a utilização de métodos contraceptivos; porém em alguns casos tal limite de tempo pode ser extremamente longo para caracterizar uma situação de esterilidade, como diante de mulheres com mais de 35 anos de idade em que o limite de tempo de tentativas é de seis meses. Embora intimamente relacionados, os termos infertilidade e infecundidade embutem significações imprecisas. Assim é que a infecundidade apresenta-se como a ausência de filhos, que pode ser voluntária ou involuntária. No caso da infecundidade voluntária, esta faz parte de um projeto pessoal e/ou conjugal e não suscita investigações e/ou procedimentos biomédicos. Em contrapartida, a infecundidade involuntária torna-se sinônimo do ponto de vista médico, de infertilidade e demanda uma investigação especializada.

Com relação à prevalência da infertilidade, dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) e de sociedades científicas apontam que entre 8 a 15% dos casais têm algum problema de infertilidade e estima-se que no Brasil, mais de 278 mil casais em idade fértil tenham dificuldades para conceber um filho.<sup>2</sup> 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. As causas de infertilidade masculina podem ser divididas em quatro grandes grupos: problemas na produção e maturação dos espermatozoides; problemas na motilidade dos espermatozoides; obstrução e bloqueio dos sistemas de condução (ductos) e problemas relacionados à ejaculação. De forma bem sintética, tais alterações podem ser traduzidas por alterações hormonais, traumatismos testiculares, doenças sexualmente transmissíveis, exposição a certas toxinas, a radiação, a bebidas alcoólicas em excesso e certas drogas ilícitas e outros. Por outro lado, as causas de infertilidade feminina também podem ser englobadas em quatro grandes categorias básicas, a saber: disfunções ovulatórias; alterações na tuba uterina ou de transporte; alterações genéticas; abortamento espontâneo ou de repetição; endometriose pélvica.<sup>3</sup> Contudo, pode-se dizer que, entre os fatores femininos, a

---

<sup>2</sup> Planejamento familiar – Portal Brasil. Disponível em [www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar](http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar). Acesso em 10/08/2015.

<sup>3</sup> SERAFINI, Paulo et al. *O bê a bá da infertilidade*. São Paulo: Organon, 1998.



inflamação pélvica é um dos principais responsáveis pela infertilidade, oriunda no mais das vezes por infecções bacterianas, como a por *clamydia*, causando obstruções tubárias. São relevantes também as obstruções tubárias por laqueadura cirúrgica.

A constatação da infertilidade, seja masculina ou feminina, põe em relevo determinadas noções já arraigadas no imaginário coletivo popular acerca dos significados da feminilidade e da masculinidade e acabam por favorecer a busca por tais recursos tecnológicos conceptivos oferecidos pela biociência. A realização do sonho de ter um filho do próprio sangue e gerado nas entranhas torna-se facultada pela intervenção biomédica, pois as técnicas procriativas acabam funcionando como um recurso “derradeiro”, capaz de pôr um fim à busca dos casais pela sua descendência biológica. Tudo isso soa como bastante paradoxal, pois em se tratando das tecnologias reprodutivas, o parâmetro social igualmente designa a maternidade e a paternidade.

A expressão “Reprodução Assistida” (RA) descreve um variado conjunto de técnicas médicas destinadas ao tratamento para situações de esterilidade, entre as pessoas que não podem ter filhos pela via natural, seja por impossibilidade clínica ou mesmo por orientação sexual. A designação “Tecnologias Reprodutivas e Conceptivas” (TRCs) também é encontrada como sinonímia na literatura sobre o tema.

Essas técnicas procriativas podem ser divididas em dois grupos, de acordo com os processos utilizados para proporcionar a fecundação: se ocorre dentro ou fora do corpo feminino. No primeiro caso, há a Inseminação Artificial (IA), que consiste na introdução do sêmen no aparelho reprodutor feminino, mediado pelo médico. No segundo caso, as técnicas utilizadas para proporcionar a fecundação fora do corpo feminino são denominadas Fertilização in Vitro (FIV), através das quais os gametas são colocados em placa de laboratório para formar embriões, e serão *a posteriori* introduzidos no corpo da mulher. Os tratamentos para infertilidade compõem-se de ciclos, que ocorrem em várias etapas, que vão desde a uma hiperestimulação hormonal, com o objetivo de produzir um grande número de óvulos até a punção ovariana e aspiração de folículos a fim de se preparar os gametas para a fecundação. As etapas do ciclo são aplicadas individualmente a cada paciente e o processo pode culminar em sucesso, com a ocorrência da gravidez e com o nascimento de um bebê, ou em fracasso. Percebe-se assim, que os procedimentos relacionados às tecnologias reprodutivas e conceptivas (TRCs) são altamente sofisticados e precisos e pressupõe uma série de detalhes técnicos, o que contribui muitas vezes para o sucesso ou insucessos dessas técnicas. Ressalta-

se ainda, o papel da tecnologia a serviço da reprodução humana, desde o final do século XX, ao deslocar a fertilidade e a procriação da ordem do natural para o alvo da assistência médico-tecnológica, conferindo ainda uma enorme importância ao aspecto biológico da maternidade/paternidade. Some-se a estes a progressiva e constante evolução das técnicas, pois além da procriação podem ser utilizadas pela medicina genética, no Diagnóstico Pré-implantatário ou Diagnóstico Pré- Gestacional (DPG), a fim de se evitar a transmissão de doenças transmissíveis pelo sexo cromossômico (cromossomo X), a exemplo da hemofilia<sup>4</sup>.

Corrêa e Loyola propõe que a Fertilização in vitro (FIV) seja considerada como um acontecimento sociotécnico, isto é, como um acontecimento que socializa material reprodutivo, uma vez que com ela embriões e gametas humanos passam a existir fora do corpo de homens e mulheres, não estando mais restritos à individualidade do corpo, mas passam a circular no ambiente de clínicas e laboratórios, ficando sujeitos à manipulação por parte dos profissionais – biólogos, técnicos, médicos, que até então se encontravam afastados dos projetos individuais de reprodução.<sup>5</sup>

Ainda sob esse aspecto, as tecnologias reprodutivas possibilitaram novos “arranjos” sob o ponto de vista genético, desde a recepção de óvulos e espermatozoides de terceiros até o empréstimo ou o “aluguel” do útero, na dependência da legislação de cada país<sup>6</sup>. Assim, a reprodução assistida possibilita que uma mulher geste um embrião sem qualquer vínculo genético consigo própria, com seu parceiro e ainda dispense o ato sexual com um homem, estabelecendo inovadoras e diferentes relações de parentesco e de família. Ramírez-Galvéz utiliza a expressão “dessexualização da reprodução” para aludir ao papel da engenharia genética, a qual permite a produção da vida a partir de células somáticas.<sup>7</sup>

---

<sup>4</sup> A técnica do DPG consiste na realização de uma biópsia no embrião e através dos componentes celulares, ampliam-se os segmentos específicos do DNA do cromossomo em questão, tudo isso para confirmar ou excluir alterações genéticas. Assim, os embriões porventura afetados não são transferidos.

<sup>5</sup> CORRÊA, Marilena C.D. V; LOYOLA, Andrea Maria. Reprodução e Bioética. A regulação da reprodução assistida no Brasil. *Caderno CRH*, Salvador, v.18. n.43, p. 103-112. Jan/abr. 2005.

<sup>6</sup> Até o momento, no Brasil, não há lei aprovada para a Reprodução assistida e as práticas são orientadas pela Resolução nº 2.121/2015 do Conselho Federal de Medicina (CFM), a qual revoga a Resolução nº 2.013/13. Este regulamento prescreve a doação de gametas sem caráter comercial, de forma anônima, buscando a semelhança fenotípica com o receptor. A gestação de substituição ou “doação temporária do útero” é permitida também sem caráter comercial, desde que a doadora do útero pertença à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau. Cf. Resolução nº 2.121/2015 do CFM. Disponível em: [www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2121\\_2015.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2121_2015.pdf).

<sup>7</sup> RAMÍREZ-GALVÉZ, Martha. Corpos fragmentados e domesticados na reprodução assistida. *Cadernos Pagu*, Campinas, n.33 (33), p.83-115 (p. 98), dez.2009.

As tecnologias reprodutivas e conceptivas (TRCs) foram introduzidas pelo setor privado da medicina no Brasil desde a década de 1980, e culminaram com o nascimento do primeiro bebê de proveta brasileiro, em 1984. A repercussão desse evento ultrapassou o meio médico e científico, e estendeu-se aos meios de comunicação, sobretudo à imprensa e à televisão, que têm se ocupado, desde então, desse assunto com frequência, através de debates e entrevistas com especialistas da área. Com a disseminação da mídia eletrônica no Brasil, por meio da internet, os temas infertilidade e técnicas reprodutivas e conceptivas são amplamente discutidos, não apenas nas páginas das Clínicas que oferecem esses serviços, mas por parte dos próprios usuários e comunidade virtual em geral, sob a forma de blogs. Em uma pesquisa por mim realizada no Google, em 14/10/2012, foram encontrados na web mais de 500 blogs, cujos nomes “Diário de uma grávida”, “Coisas de Mãe”, “A espera de nosso milagrinho”, “Quero ser Mãe”, “Da fertilidade à maternidade”, nos remetem à questão da maternidade e da dificuldade de se ter filhos. A principal proposta desses espaços é ser um canal de troca de experiências e informações acerca dos aspectos físicos e emocionais da gravidez, da infertilidade, cuidados com bebês, novas tecnologias reprodutivas, e outros assuntos correlatos por parte dos próprios envolvidos – quer futuros pais e mães ou mesmo profissionais da área. Nos anos 1990 foi ainda veiculada pela televisão brasileira uma novela dedicada ao tema, denominada “Barriga de Aluguel”, seguida de outro folhetim, “O Clone”, em 2001, as quais contribuíram para a exposição continuada desta problemática na TV e para a popularização do tema no país.

A trama principal do folhetim “Barriga de Aluguel”, como o próprio nome sugere, girava em torno dos personagens Ana e seu marido Zeca, que aparentavam ter um casamento “perfeito”, cuja aura de felicidade era quebrada por não terem filhos biológicos, apesar de Ana ser uma atleta do vôlei e ter se submetido a diversos exames e procedimentos médicos. Para realizar o sonho de se tornarem pais, o casal contrata uma jovem, de nome Clara, como mãe de aluguel, pois cederia o seu útero para que o filho biológico do casal pudesse se desenvolver. Clara, a jovem de origem humilde, vê na proposta uma chance de melhorar suas condições de vida e encara a transação como um simples negócio, escondendo a sua decisão dos familiares e amigos. Com a progressão da gestação, as relações entre Ana e Clara tornam-se mais conflituosas, pois Ana sofre por não viver as sensações físicas da gravidez (apesar de acompanhá-la bem de perto) e Clara, por seu turno, começa a se envolver afetivamente com o bebê que carrega no ventre e sofre também por

saber que terá de abrir mão da criança. Após o nascimento do bebê, Ana e Clara começam a disputar abertamente a maternidade e a querela é levada aos tribunais. A polêmica foi amplamente discutida na novela através de enquetes realizadas com o público como uma forma de trazer a realidade para a ficção. Em outro núcleo, os médicos do Centro de Reprodução Humana, onde se realizavam as experiências dos bebês de proveta também participaram ativamente do enredo e incentivaram a discussão sobre as questões éticas e a técnica de fecundação artificial. De um lado, Dr. Álvaro Baroni e Dra. Penélope Brown, com ideias avançadas e favoráveis à ampla experimentação genética e de outro, o personagem do Dr. Molina, adepto da linha mais tradicional da medicina em termos reprodutivos. A partir da novela o assunto da concepção re(produzida)em laboratório foi trazido à baila e várias questões surgiram: qual (is) o (s) limite (s) entre o biológico e o social? Mãe é aquela que fornece o seu material genético ou é aquela que gesta e pare? Ou ainda é aquela que cria? Qual (is) o(s) limite (s) da ciência frente àquelas novas tecnologias (à época)? E as relações inter e intrapessoais advindas do processo de “fabricar” bebês? Como ficaria o direito à filiação e à inserção na família? E ainda, sobre qual família estamos falando? Hoje, a jurisprudência brasileira reconhece a filiação biológico-genética como precípua, mas em fins do século XX o debate estava em seu início no Brasil, daí a importância, a meu ver, desse tipo de discussão. Todas essas questões nos remetem à complexidade que o assunto evoca, uma vez que a experiência da reprodução assistida dialoga com múltiplos e variados aspectos do saber, como a engenharia genética, a Bioética, o Direito e vem progressivamente, sofrendo profundas transformações, ajustando-se à novas realidades, como a possibilidade oferecida aos casais homossexuais de terem seus próprios filhos biológicos.

No século XXI parece-me que assistimos a uma banalização da temática envolvendo a reprodução assistida, talvez devido ao crescente número de serviços biomédicos que oferecem as técnicas e pela maior veiculação de tais assuntos na mídia mundial. Da década de 1990 do último século até a atualidade muitas mudanças ocorreram na ordem global. Na segunda década do nosso século temos assistido ao recrudescimento do debate maternidade, paternidade, família e famílias e tecnologias reprodutivas conceptivas e sua constante reatualização. Assim é que um dos episódios do programa televisivo “Profissão Repórter”, cujo conteúdo é de assuntos polêmicos sob o viés jornalístico, foi inteiramente dedicado em

2015 à questão da reprodução assistida e todas as suas técnicas.<sup>8</sup> A inovação trazida foi quanto aos casais homossexuais que buscam a fertilização *in vitro* para tornarem-se mães e pais biológicos. Os espectadores conheceram um casal homossexual masculino, ambos profissionais liberais, e residentes no interior de São Paulo, que após a efetivação de sua união conjugal desejavam formar uma família consanguínea. Para tanto, um deles foi o doador de sêmen, recorreram à doação do óvulo da irmã de um deles e contrataram uma mulher de origem indiana para atuar como mãe substituta por meio da cessão de seu útero mediante contrato previamente estabelecido e remuneração. Como este arranjo fere a legislação brasileira e as normas do Conselho Federal de Medicina (CFM), o casal recorreu aos serviços de uma Clínica de Reprodução Humana em Katmandu, no Nepal. Como ambos desejavam ser reconhecidos como os pais da futura criança, optaram por não saber de qual deles foi o material genético fertilizado e ainda tiveram a ideia de aceitar os óvulos de uma parente. Segundo o casal, o objetivo de não pagar pelo óvulo seria decorrente de um desejo de “juntar a genética deles”.

Esse assunto tem rendido acaloradas discussões entre as feministas francesas, que se colocam em posições diametralmente opostas em relação à reprodução assistida (chamada na França de Procriação Medicamente Assistida – PMA) e a gestação substituta (*gestacion pour autrui* - GPA). Existe uma parcela das feministas, universalistas, dentre as quais Elisabeth Badinter, que se colocam a favor da GPA, pois acreditam que a constituição de uma família, seja ela de qual modo for, é o exercício de uma vontade e de um projeto e a expressão do direito à liberdade individual. Elas militam, pois, pela dessacralização da procriação e da maternidade. Outro grupo, representante do feminismo diferencialista acredita que a relação entre o feto e a mãe não pode ser objeto de negociação. Dentre estas, Sylviane Agacinski insurge-se não só contra as práticas da procriação medicamente assistida, mas, sobretudo contra a gestação substituta. Embora reconheça a utilidade dos progressos da reprodução assistida, condena as mulheres que colocam seus corpos à disposição de outras mulheres, o que para ela seria uma verdadeira alienação do corpo feminino e um insulto inominável. Para além das questões éticas, Agacinski ressalta a gravidade dessas trocas enquanto questão social, pois as mulheres que vendem seus óvulos

---

<sup>8</sup> O referido programa foi exibido em 03 de março de 2015 pela Rede Globo, pertencente à grade televisiva brasileira. Cf. [g1.globo.com/profissaoreporter/noticia/2015/03/fertilizacao-vitro-e-recorso-para-realizar-o-sonho-de-muitas-familias.html/](http://g1.globo.com/profissaoreporter/noticia/2015/03/fertilizacao-vitro-e-recorso-para-realizar-o-sonho-de-muitas-familias.html/). Acesso em 25/06/2015.

ou alugam seus úteros são no mais das vezes mulheres economicamente desfavorecidas e que vivem em situação precária, como aquelas da Índia ou da Ucrânia. A autora compara essa atividade à prostituição feminina, situação em que as mulheres tornam-se meros instrumentos, abdicam de si próprias para colocar seu organismo à disposição de outros. Condena ainda, o modo como a PMA tem sido utilizada em muitos países, como nos Estados Unidos, em que além de ser uma atividade altamente lucrativa ainda possibilita fabricar crianças sob encomenda.<sup>9</sup>

De forma análoga, o mote do Programa “Boas Vindas” foi a história de duas lésbicas, Renata e Bianca, que decidiram tornar-se mães e coroar sua união com o estabelecimento de uma família com “filhos do seu sangue”. Recorreram, então, a compra de sêmen no exterior, mediado por serviço de reprodução assistida no Brasil e uma delas forneceu o óvulo e o útero. Planejam, elas dizem, uma nova gravidez que será vivida integralmente então pela outra companheira.<sup>10</sup> Ainda no diapasão da vulgarização do tema reprodução assistida, a novela “Sete Vidas” estreou em março de 2015 e foi veiculada pela Rede Globo de Televisão. A trama girou em torno de Miguel, que quando jovem efetuou a venda de seu sêmen enquanto residia nos Estados Unidos e isso resultou na geração de seis filhos de diferentes mães. Um dos filhos, ao conhecer a sua origem, sai à procura dos possíveis irmãos e do pai biológico com o auxílio do sistema de buscas pela internet. Mais uma vez um autor de novelas brasileiro utiliza a dramaturgia para discutir assuntos de relevância social, como as novas configurações familiares surgidas a partir de fins do século XX e século XXI. Assim, as técnicas reprodutivas e conceptivas são utilizadas para alinhar relações que se estabelecem entre diferentes pessoas – relações não só de parentesco como de vida.

Ao estudar o tema da violência doméstica contra a criança, e ao aprofundar as leituras para a minha dissertação de mestrado, indagava-me amiúde a razão de pais e mães biológicos

---

<sup>9</sup> Enquête société Sylviane Agacinski: “Mère Porteuse c’est de l’esclavage – Contre la gestation pour autrui”. *Elle*. Interview de Dorothée Werner, publié le 6 avril 2009. Disponível em: <<http://www.elle.fr/Societe/Les-enquetes/Sylviane-Agacinski-Mere-porteuse-c-est-de-l-esclavage-869649>>. Acesso em 18/07/14. Para maiores esclarecimentos, Cf. AGACINSKI, Sylviane. *Corps en miettes*. Paris: Flammarion, 2009.

<sup>10</sup> Na atualidade, com o emprego das tecnologias reprodutivas e com a anuência do CFM em sua Resolução de 2015, já é possível compartilhar a fertilização entre o casal lésbico por meio da ROPA (Reception of Oocytes from Partner, ou Recepção de Óvulos da Parceira), que nada mais é do que a gestação do embrião por uma das parceiras com o óvulo da outra e com o espermatozoide de doador. O programa “Boas Vindas” foi ao ar em 20 de março de 2015 pelo canal da TV fechada brasileira GNT.

perpetrarem reiteradamente maus tratos a seus filhos, ao passo que inúmeras mulheres/homens e casais incapazes de gerar um filho sofriam com essa realidade e procuravam de todas as formas (inclusive recorrendo às tecnologias reprodutivas) realizar esse projeto<sup>11</sup>. Experimentei essa situação com duas pessoas de minhas relações que enfrentavam tal circunstância e que recorreram à medicina na tentativa de viabilizar este “sonho”. Essas dúvidas e questionamentos suscitaram o meu interesse em estudar as percepções de maternidade vivenciadas por mulheres que recorrem às tecnologias reprodutivas conceptivas, pois assim poderia aproximar-me mais da minha área de graduação e atuação profissional, a medicina, e estabelecer um diálogo com outros campos do saber, propiciados por este tema.

Sonho... desejo... duas palavras tão pequenas que se mesclam na tentativa de dar conta das realizações sobre maternidade, paternidade e família. Assim é que ao acompanhar intimamente a trajetória de uma amiga no projeto do filho biológico pude começar a vislumbrar a magnitude de todo o universo que envolve a reprodução. Por outro lado eu mesma me coloquei em questão sobre a maternidade, o que gerou um profundo e intenso vôo interior sobre os vários papéis, que nós, mulheres desempenhamos. O que vemos hoje é que não basta ser mãe, pois que há uma pressão ideológica para que sejamos a melhor mãe possível, o que nas palavras de Badinter, é impossível, pois “a mãe perfeita é um mito”.<sup>12</sup> Sendo assim, a história de Maria Júlia tornou-se para mim uma inspiração transformada em pesquisa científica. Maria é uma profissional liberal de 44 anos e tem um relacionamento conjugal estável há cerca de 11 anos. Traçou o seu futuro em termos de realização acadêmica e profissional e galgou com muito êxito todos os degraus de uma brilhante ascensão no mundo do trabalho. A maternidade não era uma preocupação imediata, pois acreditava, segundo as suas próprias palavras, que os avanços da medicina atual lhe permitiriam escolher e definir o melhor momento para a realização deste projeto. A realidade, porém, impôs-se e Maria Júlia, se viu, aos 39 anos desejosa de tornar-se mãe, porém a gravidez não acontecia de forma espontânea. Ao deparar-se com as limitações

---

<sup>11</sup> Este estudo, relacionado à violência doméstica contra a criança em São João da Barra, evidenciou que os mais frequentes agressores de crianças estavam no núcleo familiar, representados pela mãe e pai biológicos. Cf ABREU, Cristiane de Cássia Nogueira Batista de. *A infância vitimizada: retrato da violência doméstica contra a criança em São João da Barra*. Dissertação de Mestrado em Sociologia Política, Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, 2012.

<sup>12</sup> BADINTER, Elisabeth. Entrevista de Monica Weinberg. *Revista Veja*, 20/07/11.

impostas pelo envelhecimento dos óvulos acrescido ao fator masculino<sup>13</sup>, configurou-se a infertilidade e recorreram então às técnicas de reprodução assistida. Após quatro anos, peregrinações em três serviços e cinco tentativas de fertilização, a gravidez efetuou-se com êxito e culminou com o nascimento de um bebê a termo e saudável. O que chamou a atenção nessa narrativa foi uma cena muito peculiar: o seu apartamento, apesar de bem organizado e funcional, parecia, aos meus olhos apenas um local de pernoite, sem quaisquer atrativos de decoração, pois que sua atividade profissional exercida em período integral não lhe permitia “perder tempo” com tais detalhes. Com o nascimento do bebê, fui visitá-la, pois que residimos em cidades diferentes e foi com enorme surpresa que constatei diversas mudanças na sua moradia. Tantas e tão significativas, que parecia estar diante de outro imóvel. O que me saltava aos olhos foi então não mais as paredes nuas, mas com quadros; o chão com tapetes, a capa que disfarçava um velho sofá deu lugar a um bonito estofado, a toalha posta sobre a mesa – a cena de família e lar preenchia aquele ambiente. Foi como se a experiência da maternidade e a construção da sua própria família tivessem aberto para Maria Júlia outros significados para sua vida, que se traduziram no mobiliário. Consciente e bem esclarecida acerca de todos os riscos e dificuldades que podem estar envolvidos com as tecnologias reprodutivas, ela não se deteve diante de nada. Maria Júlia resume a sua experiência em uma frase: “O desejo de ser mãe é superior a tudo”.

Esses acontecimentos geraram em mim, dúvidas e questionamentos e assim, lancei a proposta do presente trabalho. Embora vários (as) autores (as) tenham estudado este tema sob os mais variados enfoques,<sup>14</sup> esta pesquisa tem a proposta de compreender as experiências e percepções de maternidade, paternidade e família entre os casais que enfrentam algum tipo de empecilho para conceber, em interface com as tecnologias conceptivas. Trata-se de ouvir as vozes desses sujeitos no contexto de proliferação das técnicas e frente aos dilemas que as mulheres, como Maria Júlia e tantas outras, enfrentam (ou enfrentaram) na realização muitas

---

<sup>13</sup> A expressão “fator masculino” denota quaisquer alterações patológicas relacionadas ao sistema reprodutor masculino e/ou ao espermatozoide, que configuram a infertilidade masculina.

<sup>14</sup> Dentre as autoras cito apenas algumas: Rosely Gomes Costa (*Concepções de filhos, concepções de pai: algumas reflexões sobre reprodução e gênero*, tese de doutorado em Ciências Sociais pela UNICAMP, 2001); Marlene Tamanini (*Novas tecnologias reprodutivas conceptivas à luz da Bioética e das teorias de gênero: casais e médicos no sul do Brasil*, tese de doutorado em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003); Naara Luna (*Provetas e clones: teorias da concepção, pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas*, tese de doutorado em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro/Museu Nacional, 2004).



vezes tardia da maternidade, quanto ao momento de escolha da mesma em conciliação com uma carreira profissional, visto que as responsabilidades parentais, embora com algumas mudanças, costumam incidir prioritariamente sobre elas. Desse modo, as tecnologias conceptivas seriam o “pano de fundo”, ou mesmo o cenário onde se dá a construção dos significados da maternidade, da paternidade e da família consanguínea, permeados pelas questões de gênero. Interessa ainda compreender o papel desempenhado pela equipe técnica (médicos, biólogos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros) no processo de “produção” do filho biológico por meio das tecnologias reprodutivas conceptivas no que se refere às suas próprias concepções e percepções acerca da parentalidade, das configurações de família, no sentido de identificar os paradoxos de manutenção dos tradicionais valores de gênero e o uso de tais tecnologias.

O que leva um casal (sobretudo a mulher), uma vez que é no corpo feminino que as intervenções médicas ocorrem, a procurar e submeter-se a estas técnicas, apregoadas por especialistas em reprodução humana assistida e pela mídia, como o “milagre da ciência”, a dispendar repetidas vezes vultosas somas de dinheiro, a investir tempo, sofrer coerções psicológicas e até mesmo minimizar ou ignorar voluntariamente os riscos inerentes a esses procedimentos, em prol da realização do sonho do filho “sangue do seu sangue”? Quais são as expectativas e percepções de maternidade dessa mulher, homem, casal que justificam e endossam a busca e talvez até a submissão a essas tecnologias reprodutivas? Qual é o percurso de viabilização do projeto do filho biológico vivido por esses casais que buscam a reprodução assistida e mais ainda, quem são esses casais? Por que apesar das conquistas feministas do último século que desvinculam a maternidade como destino, ainda pesa sobre a mulher a reponsabilidade pela procriação e a infertilidade adquire para elas a dimensão de um fracasso pessoal? Por outro lado, as tecnologias conceptivas derrubam as fronteiras entre os parâmetros biológicos e sociais da reprodução ao ensejar diferentes arranjos em relação à maternidade e à paternidade. Então qual o significado de ser mãe no contexto das novas formas de exercício da maternidade propiciadas pela ciência?

Para realizar a pesquisa elegi como campo a cidade de Campos dos Goytacazes, localizada no norte do estado do Rio de Janeiro. O município conta com uma população de 463.545 habitantes pelo censo do IBGE de 2010 e é o município com maior extensão territorial do estado. Limita-se com os municípios de São Francisco do Itabapoana a nordeste, a sudoeste com Conceição de Macabu, São João da Barra a leste, Quissamã ao sul, São Fidélis

a oeste, Cardoso Moreira, Italva e Bom Jesus do Itabapoana a noroeste, Mimoso do Sul (ES) ao norte e a sudeste é banhada pelo Oceano Atlântico. Campos dista cerca de 280 km da capital do estado e ao largo de sua área costeira, no Oceano Atlântico, existe um forte polo de exploração de petróleo e gás natural pela Petrobrás, na plataforma continental. A cidade é a maior produtora de petróleo do Brasil, além de concentrar a maior parte da indústria cerâmica fluminense. No passado, destacou-se na atividade sucroalcooleira, tendo concentrado muitas usinas, que na atualidade encontram-se em sua maior parte desativadas. O município tornou-se uma referência na área universitária por abrigar diversas instituições de ensino superior, como a Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, o Instituto Federal Fluminense (IFF), a Universidade Federal Fluminense (UFF) e outras universidades e faculdades particulares, como as de Medicina, Odontologia, Direito, além de congregar diversas escolas de ensino médio e fundamental. Campos dos Goytacazes possui algumas características que poderíamos chamar de *sui generis*, sendo “palco de situações no mínimo intrigantes”, como nos diz Rafael França Gonçalves dos Santos, pois “está envolvida em um misto de desenvolvimento tecnológico e científico ao mesmo tempo em que resguarda valores tidos como tradicionalistas e religiosos”<sup>15</sup>. Neste sentido, é a única cidade do interior do estado a possuir um centro de reprodução humana assistida – o Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte Fluminense – (CIN- NF), que funciona de forma plena no sentido de oferecer aos usuários as tecnologias reprodutivas conceptivas mais sofisticadas da atualidade, de forma totalmente gratuita. O Centro, inaugurado em 2006, atende a demanda de pacientes particulares e desde 2010 passou a oferecer serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através de convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde de Campos e o Hospital Escola Álvaro Alvim, ligado à Faculdade de Medicina de Campos. Esse fato se destaca no panorama dos serviços de reprodução assistida existentes no país, pois do total dos 12 hospitais do território nacional que oferecem o “tratamento” no âmbito do SUS apenas quatro oferecem-no sem qualquer espécie de custo financeiro aos usuários.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> SANTOS, Rafael França Gonçalves dos. *As aparências enganam? A arte de fazer-se travesti*. Curitiba: Appris, 2015, p. 29.

<sup>16</sup> Os serviços que oferecem “tratamento” completo para a infertilidade (exames, procedimentos clínicos e medicamentos) sem custo para os pacientes são: Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP); Centro de Referência em Saúde da Mulher, antigo Hospital Pérola Byington, em São Paulo; Centro de Reprodução Assistida do Hospital Regional Asa Sul (CHRAS) em Brasília (DF) e Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), em Recife (PE). Disponível em:

Diante do exposto dividi a tese em quatro capítulos, a saber: No capítulo 1, busco problematizar a questão da maternidade enquanto uma construção sócio histórica e os dilemas entre o ser ou o não ser mãe e as implicações advindas de tal escolha. A primeira parte do capítulo é dedicada à história da maternidade e aos discursos e aos contra discursos – médicos, filosóficos, religiosos, que pautaram e de certa forma ainda pautam os seus significados. Elaboro ainda o debate atual sobre a maternidade em toda a sua pluralidade, onde emergem no século XXI as mães possíveis.

O corpo feminino como o cerne da reprodução é objeto das análises e dos estudos feministas. Assim no capítulo 2 eu desenvolvo a conexão maternidade e feminismo. Para maior clareza, eu me detenho antes a acompanhar brevemente a trajetória do movimento feminista em âmbito global e também no contexto brasileiro, a fim de demonstrar as várias frentes feministas de resistências às opressões e os caminhos percorridos para a emancipação das mulheres. A construção conceitual de gênero enquanto categoria de análise, o debate antagônico e acirrado entre o feminismo da igualdade e o feminismo da diferença também são abordados nesse capítulo. Por fim abordo as inter – relações entre feminismo, maternidade e reprodução assistida, por meio do próprio Movimento e das vozes das feministas, principalmente de algumas teóricas da Segunda Onda, que abordaram a temática.

No capítulo 3 abordo os diversos tipos de tecnologias reprodutivas conceptivas disponíveis na atualidade, bem como o contexto de surgimento da reprodução assistida no cenário internacional e sobretudo no Brasil. Abordo também a questão da medicalização da reprodução permeando a utilização dessas técnicas. No quarto capítulo apresento todo o percurso metodológico da pesquisa, na medida em que, as tecnologias reprodutivas conceptivas ao representarem a possibilidade de realização de um sonho do filho biológico para os casais terão como espelho a descrição pormenorizada da clínica de fertilização CIN-NF, dos protocolos do serviço e do atendimento aos usuários. As interfaces do gênero com a reprodução assistida são enfocadas a partir de vários núcleos de significados elaborados a partir das várias construções de maternidade, paternidade e família possibilitadas por essa tecnologia. Por fim, são trazidas as entrevistas realizadas com os usuários da clínica de reprodução assistida e com a equipe técnica, alinhando-os à luz da literatura pertinente como formas de interpretação dos resultados obtidos.

---

[www.futura.org.br/blog/2013/08/06/tratamento-para-infertilidade-e-oferecido-pelo-sus](http://www.futura.org.br/blog/2013/08/06/tratamento-para-infertilidade-e-oferecido-pelo-sus). Acesso em: 19/08/2014. O serviço de reprodução assistida de Campos dos Goytacazes, RJ (CIN-NF) não se encontra neste rol.

# CAPÍTULO 1 – A MATERNIDADE EM QUESTÃO: SER OU NÃO SER MÃE

## 1.1 - A História da construção da maternidade – discursos e contra discursos

### 1.1.1 – Da Pré-História a Rousseau

Nesta primeira parte do capítulo iniciarei uma discussão acerca da construção social e cultural da maternidade, ao longo do tempo, pois o modelo atualmente vigente nas sociedades ocidentais não é imutável e muito menos inerente à condição feminina. Ao contrário, varia amplamente em diferentes países e contextos históricos. A vinculação da maternidade como um fato meramente biológico e pertencente ao domínio do privado vem sendo legitimada por diferentes discursos – médicos, religiosos, filosóficos que contribuíram para, em alguma medida, enclausurar a mulher a um papel socialmente pré-definido. Não obstante tais discursos, que retomarei em seguida, o debate atual centra-se, entre outras questões, na diversificação dos sentidos da maternidade a partir da multiplicidade da própria figura feminina. Sem perder de vista as conjunções de raça/etnia, classe, gênero e sexualidade, a questão do corpo enquanto biologia é uma dimensão fundamental e sobre ele (o corpo) repousa o cerne da problemática da reprodução. A este respeito é oportuna a afirmação de Tabet:

A reprodução humana constitui a base das relações de gênero e é justamente através dela que se operam o controle e a apropriação das mulheres. Sua capacidade biológica de gerar crianças sofre escala crescente de manipulações sociais, através das quais se opera a imposição da reprodução. Embora o casamento seja potencialmente o lugar perfeito para a exposição permanente das mulheres à fecundação, há também um aparelho complexo e variável de pressões ideológicas e psíquicas sobre eles para que a função procriadora seja permanentemente atualizada.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> TABET, Paola apud SILVA, Marinete dos Santos. Reprodução, sexualidade e poder: as lutas e disputas em torno do aborto e da contracepção no Rio de Janeiro, 1890-1930. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1241-1254(p.1242), out./dez.2012.

Como se deu historicamente, a identificação da mulher com a maternidade e quais foram os discursos legitimadores para essa prática? Em qual (ais) momento (s) emerge a hierarquia entre os sexos e a consequente construção do feminino como o inferior?

A partir das relações sociais, Elisabeth Badinter, em “*Um é o Outro – Relações entre homens e mulheres*”, traça as interações entre os sexos desde a Pré- História até a contemporaneidade e tece interessantes considerações sobre o tema. Para Badinter, o dualismo dos sexos se originaria do corpo e a ideologia se apropriaria dessa dicotomia, alçando o masculino como o polo superior em todos os aspectos da vida e do conhecimento. A magnitude desse processo se traduz por essa classificação binária de aptidões, comportamentos e qualidades segundo os sexos, o que a leva a afirmar que a divisão sexual do trabalho seria talvez uma regra em toda a coletividade humana, uma vez que existe em todos os lugares. Contudo, pela análise da arte das cavernas das primeiras sociedades humanas, aquelas do Período Paleolítico, percebe-se, segundo ela, a complementaridade, a simetria e até mesmo uma igualdade entre os sexos, existindo evidências que o poder era compartilhado entre ambos. Essa cooperação, não obstante as duas esferas sexualmente separadas, estendeu-se ao Neolítico, período em que a fertilidade da terra era associada à fecundidade feminina. Vemos então a mulher como o poder criador, a senhora da natureza e a mãe, o que era atestado pelo grande número de esculturas e representações femininas (as Deusas). As relações de poder entre o casal humano, começam a se modificar a partir do desenvolvimento do arado, na Idade do Bronze, quando a agricultura tornou-se então domínio masculino. A descoberta de que a fertilidade da terra não provinha apenas da ação do princípio feminino, mas da associação dos dois princípios, colocou a ambos na posição de criadores e mudaram-se as relações de poder no casal humano. O papel da religião é ressaltado por Badinter como fundamental para a instituição do patriarcado, milênios depois, nas sociedades ocidentais. Aliás, quando as deusas passaram a ser substituídas pela figura de um deus uno e poderoso, o patriarcado enquanto sistema de poder passa a vigorar plenamente, pois que toda forma de poder feminino passa a ser vista como um malefício.<sup>18</sup>

Na Antiguidade a construção da masculinidade e da feminilidade é pautada pela medicina grega e pela teoria dos humores de Aristóteles, seguida por Galeno. Os mais antigos papiros egípcios, contidos no Corpus hipocrático (tratados redigidos no século V a.C),

---

<sup>18</sup> BADINTER, Elisabeth. *Um é o outro: relações entre homens e mulheres*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

colocam o útero como o único órgão que caracteriza a mulher e os fluidos produzidos por esse órgão regem a economia e a saúde femininas: o sangue menstrual, os corrimentos ligados ao coito, os lóquios do parto e a produção de leite a partir do sangue, crença da época. Devido à maior produção de fluidos pela mulher do que pelo homem, ela seria então, úmida, esponjosa, mole, fria, ao passo que o homem seria seco, frio e duro. O aforismo “Tota mulier in utero” assinala a origem da inferioridade feminina e a sede de todos os distúrbios físicos e mentais da mulher é atribuída ao mau funcionamento desse órgão. Assim, a mulher privada de homem teria seu útero mal irrigado e padeceria dos mais variados males, desde a histeria até a infertilidade, cujos tratamentos preconizados eram o casamento e a maternidade. O pensamento de Aristóteles, filósofo grego, descreve o homem e a mulher como seres de natureza diferentes, porém complementares. Ele acreditava que, durante o coito, o gozo sexual da mulher não era necessário à concepção, pois que a secreção feminina não continha a semente. O macho seria um elemento ativo, pois que dele provinha a semente – a forma e o princípio da vida. A função feminina, embora indispensável, era notoriamente inferior na reprodução, pois consistia em abrigar e nutrir o embrião, funcionando assim, como um elemento passivo. O sêmen masculino, ao conter a semente, proporcionava a matéria-prima, o princípio da alma, algo relacionado diretamente ao divino e, portanto, superior. Embora os corpos masculinos e femininos desempenhassem suas tarefas peculiares, a geração era a principal razão do sexo.<sup>19</sup>

Galeno, anatomista grego, seguidor de Hipócrates e de Aristóteles, influenciou significativamente a medicina ocidental até o final da Renascença. Retomando a crença aristotélica da maior frieza da mulher em relação ao homem, Galeno vai mais além da consolidação da ideia de inferioridade feminina pautada pela natureza. Na concepção galênica o calor vital era o ponto primordial da distinção entre os homens e mulheres, sendo mesmo um elemento hierárquico entre os seres vivos. Para ele, os órgãos sexuais masculinos e femininos seriam análogos, porém a menor quantidade de calor vital na mulher seria a responsável pela não exteriorização de sua genitália, ao contrário do homem. Decorre daí a crença de que as mulheres seriam homens invertidos e, portanto, a representação da inferioridade, tomando-se como paradigma o corpo masculino. Havia, inclusive, a

---

<sup>19</sup> KNIBIEHLER, Yvonne. La mère définie par les médecins: un rapel historique. In: DE VILAINÉ, Anne-Marie; GAVARINI, Laurence; LE COADIC, Michèle. *Maternité en mouvement*. Les femmes, la re/production et les hommes de science. Montréal, Québec: Editions Saint- Martin, 1986, p.148-151.

possibilidade de transformação de mulheres em homens devido a um maior aporte de calor vital. Contudo, Galeno defendia que essa passagem somente poderia ocorrer em um sentido, sendo o inverso impossível, pois que a natureza tendia à perfeição. Laqueur,<sup>20</sup> ao fazer um estudo baseado na literatura médica e filosófica sobre a concepção dos modelos de sexo único e depois, de dois sexos, confirma que esse modelo de sexo único dominou a ideia de diferença sexual da Antiguidade Clássica até o final do século XVII. Explica que nesse contexto, o gênero – homem e mulher, ou o que atualmente se denomina de sexo e gênero existiam em um “modelo de sexo único”, interligados em um círculo de significados. Ser homem ou mulher era manter uma posição social e assumir um papel cultural, para além de pertencer organicamente a um ou a outro de dois sexos incomensuráveis, reafirmando o sexo como categoria sociológica até esse período. Sobre o modelo de “one sex model”, exprime-se Laqueur:

Essa ‘carne única’, a construção de um corpo de sexo único com suas diferentes versões atribuídas a pelo menos dois gêneros, foi estruturada na Antiguidade para valorizar a afirmação extraordinariamente cultural do patriarcado, do pai, diante da afirmação mais sensorialmente evidente da mãe.<sup>21</sup>

A contribuição dos romanos no que tange à afirmação da diferenciação sexual de papéis segue-se à dos gregos, porém a sua originalidade reside na instituição de uma doutrina jurídica e de um conjunto de leis que situaram a função maternal no quadro familiar. O Direito romano é nitidamente patriarcal ao introduzir na família o poder do *paterfamilias* sobre seus filhos, que atribuía ao pai plenos direitos e autoridade sobre sua linhagem. A mãe era revelada pela gravidez e pelo parto, ao passo que a ligação entre o homem e uma criança carecia de evidência. A ideia de cidadania era pautada no masculino, pois que cada cidadão deveria, como ato de civismo, produzir futuros cidadãos de qualidade. Isso facultava ao pai rejeitar, sem consultar a mãe, um recém-nascido com defeitos físicos ou mesmo uma criança do sexo feminino. A *materfamilias* ou matrona, títulos recebidos pela mulher no dia seguinte às suas bodas, geralmente realizadas em tenra idade, não é jamais a esposa do *paterfamilias*. Ela possui apenas um papel instrumental, de repovoar as legiões de guerreiros romanos e a

---

<sup>20</sup> LAQUEUR, Thomas Walter. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001, p.177.

<sup>21</sup> *Ibidem*, p. 30.

sua fecundidade coroa-se de enorme importância. A sua função reprodutiva está, pois, intimamente associada às glórias ou às dificuldades da pátria.<sup>22</sup>

O discurso religioso, por meio do Cristianismo primitivo, criou uma concepção sobre a mulher e a maternidade que perpassou toda a Idade Média até o Renascimento. A feminilidade e o sexo passam a ser codificadas como a tentação e a corrupção material da carne. Para os filósofos e pensadores da época, a mulher era o mal, que atiçava ao seu redor sentimentos vis, como o ciúme, a inveja e a luxúria. Eclodem duas figuras humanas dicotômicas representativas do feminino e da maternidade: Eva e Maria. No mito da Gênese, Eva, criada a partir da costela de Adão, sucumbiu à tentação da serpente no Jardim do Éden e comeu do fruto proibido, sendo comparada a Satanás. Por causa da sua desobediência, tornou-se vulnerável e foi através do nascimento que ela recebeu a maldição divina: “Multiplicarei os sofrimentos de teu parto: darás à luz com dores, teus desejos te impelirão para o teu marido e tu estarás sob o seu domínio”<sup>23</sup>. Lúbricas, vorazes, tagarelas, insaciáveis, capazes de todas as torpezas sexuais, a figura feminina causa estranheza e medo, daí serem mantidas à distância. Pelo seu conluio com a serpente e sua aura diabólica, a sexualidade feminina tem de ser contida e posta sob constante vigilância. O casamento na Idade Média surge, pois, como uma solução moderadora dos costumes sexuais “irrefreados” da mulher e da sua fecundidade. Na verdade, diz-nos Yvonne Knibiehler<sup>24</sup>, coexistem duas tradições nesse período: a mais antiga, rústica e oriunda dos tempos neolíticos está ligada ao funcionamento das sociedades agrárias, onde a reprodução era estimulada de maneira a confirmar a vocação maternal feminina. A outra tradição, mais tardia, prossegue a autora, é a cristã. Ela prega incansavelmente a castidade, e a educação feminina convida a mulher a manter-se virgem. O estímulo ao celibato consagrava-se na dedicação à vida religiosa, que de todo modo representava uma “maternidade santa”, pois que essas mulheres dedicavam-se a criar os órfãos e instruir os mais jovens. Por outro lado, a imagem salvadora que surge é a de Maria, a Virgem Mãe, pura e casta e, portanto, um ideal a ser seguido opondo-se à de Eva, pecadora.

Nas sociedades do Antigo Regime, o status e os deveres da mulher-mãe variavam, segundo os meios e a estrutura social. Essa mobilidade nas relações sociais modelaram as

---

<sup>22</sup> KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des mères et de la maternité em occident*. Paris: Press Universitaires de France, 2000. (Versão digitalizada – e- book).

<sup>23</sup> *Bíblia Sagrada*. Gênese, Capítulo 3, versículo 16.

<sup>24</sup> KNIBIEHLER, Yvonne. Op. cit.



diversas figuras da mãe ao longo do tempo. Nas sociedades rurais, uma espécie de folclore erótico tinha lugar através das festas pagãs, como o carnaval, as ceifas e as vindimas, as quais favoreciam a reaproximação entre os sexos. Havia um chamamento para o casamento e para a procriação e os ritos a favor da fecundidade do casal eram numerosos e diversos. Nas famílias rurais do Antigo Regime, os filhos eram uma necessidade não apenas para assegurar a perenidade das gerações, mas sobretudo pelo seu papel de mão-de-obra na produção econômica agrária. Se a gravidez demorasse, a responsabilidade era atribuída à esposa, pois seu ventre era então uma terra muito pobre e incapaz de nutrir a semente e a mulher infértil tinha a seu favor as peregrinações, as devoções, as visitas às fontes milagrosas e outras práticas mágicas. Enfim grávida, a maternidade era vivida como uma condição banal, pois que ao fim de 20 ou 30 meses, novas gestações e crianças se sucederiam. Ademais, a atenção à saúde das parturientes era muito precária na época, esgotadas pelas condições de trabalho pesado e pela nutrição insuficiente, acrescido à situação de ignorância das parteiras. As mais diversas prescrições eram dirigidas às mães com o intuito de proteger a criança e contraditoriamente, as mulheres podiam exprimir seus desejos, que eram sempre considerados. Ao cabo da gestação, se esta corresse bem e o parto fosse exitoso, acontecia a festa do parto e do recém-nascido, uma comemoração que reunia outras mulheres, parentes e vizinhas da mãe para felicitá-la, admirar e levar presentes para o bebê. É em torno dessas reuniões que são construídas as sociabilidades femininas e a maternidade assumida coletivamente torna-se o fundamento da identidade feminina, tanto no plano social como no individual. Por outro lado, se sobreviesse um aborto espontâneo ou a morte da criança no parto, os parentes e amigos da jovem mãe a consolavam, atribuindo o acontecimento à vontade divina, sempre impenetrável e a submissão aos desígnios de Deus servia de consolação.<sup>25</sup>

Ariès confirma esse estado de coisas ao enfatizar que na sociedade medieval o sentimento de infância enquanto consciência da particularidade infantil, era inexistente. As crianças misturavam-se aos adultos e assim aprendiam a viver, imersas em uma realidade muito mais moral e social do que sentimental. A transformação da realidade e dos sentimentos de família como um lugar de intimidade e de troca de afetos ocorreu lentamente até

---

<sup>25</sup> KNIBIEHLER, Yvonne. Op. cit.

consolidar-se no século XVIII e culminou com o novo lugar agora concedido à criança no seio da sociedade ocidental.<sup>26</sup>

Analogamente, Elisabeth Badinter reconstrói historicamente a situação da mulher-mãe na Idade Média, para a qual o bebê era um empecilho não apenas na vida conjugal, mas, sobretudo no desfrute das coisas mundanas. A recusa das mães em aleitar as crianças, desde os primeiros dias de vida, enviando-as para as casas de amas mercenárias (hábito generalizado na França desde o século XVI) de onde voltavam estropiadas ou mortas, foi interpretada como um total desinteresse pela criança por parte da família. É importante atentarmos a que camada social a autora se refere: as mulheres que recorreram inicialmente à amamentação mercenária pertenciam à aristocracia e à alta burguesia e paulatinamente esta prática difundiu-se entre todas as camadas da sociedade urbana. Em muitos casos, as crianças eram mandadas para as amas-de-leite devido às precárias condições socioeconômicas da família, onde o filho representava “uma boca a mais” para alimentar e uma ameaça à própria sobrevivência dos pais. Por outro lado, havia mulheres que não tinham dificuldades econômicas e possuíam, portanto, condições de conservar os filhos em casa e apesar disso os entregavam às amas. Tal explicação, para além do cunho econômico é da ordem do social e é a partir deste ponto que Badinter questiona a espontaneidade do amor materno: muitas mães abastadas não cuidavam e nem demonstravam seu amor por seus filhos porque esse amor não tinha então um valor social e moral.<sup>27</sup> A interpretação de Ariès para o costume de enviar as crianças para as casas das amas em aldeias vizinhas, durante o século XVII, segue em uma linha oposta: esse ato seria uma medida de proteção e uma atenção particular em relação à criança, pois diante da ausência de leite em suas próprias mães, não seria indicado recorrer ao leite de vaca pelos riscos de contaminação oferecidos por esse alimento, além da dificuldade de dispor de recipientes adequados para administrá-lo às crianças.<sup>28</sup>

Em contrapartida, havia muitos meios de limitar a descendência, o que era praticado pelo aleitamento prolongado, pelo aborto e até mesmo pelo infanticídio. O aborto era praticado entre as mulheres, mas não era seguro devido aos métodos empregados como chutes, traumatismos e ingestão de ervas e drogas abortivas, cujos efeitos poderiam ser fatais

---

<sup>26</sup> ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

<sup>27</sup> BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985, p. 77, 87.

<sup>28</sup> ARIÈS, Philippe. Op. cit., p. 236-237.

às mães. Também a prática do infanticídio era corrente, sobretudo nos meios camponeses, menos economicamente favorecidos e eram mascarados como acidente: a sufocação de bebês originou as orientações e leis eclesiásticas que proibiam as crianças de dormirem junto com os pais na mesma cama.

A partir da segunda metade do século XVII, o pensamento e o discurso médico se renovam a partir dos progressos da Biologia e da prática de dissecação dos corpos, pois até então não havia uma nomenclatura específica para os órgãos sexuais femininos, os quais eram tomados como padrão pelo corpo masculino. Segundo Laqueur, o antigo modelo de corpo no qual homens e mulheres eram classificados conforme o seu grau de perfeição metafísica, tendo como parâmetro o masculino, deu lugar, no final do século XVIII a um novo modelo de dimorfismo radical, de divergência biológica e inaugura uma incomensurabilidade anatômica e fisiológica. A diferença sexual passou a ser utilizada como justificativa para as diferenças de comportamento e de papéis entre homens e mulheres, instaurando uma luta hierarquizante que inferiorizava o corpo feminino. Nesse novo esquema, os sexos passaram a ser tematizados como opostos e a diferença anatômica passou a ser equacionada como desigualdade. A ordem fundante da sociedade passa a ser o corpo e o sexo, ao expressar as diferenças biológicas entre homens e mulheres baseadas na natureza.<sup>29</sup> Ressalta-se que essa nova política dos corpos não é efeito apenas dos progressos da ciência e da biologia em particular, mas a uma evolução histórica e social na qual os fundamentos da antiga ordem são abalados pelas revoluções políticas e econômicas no bojo do Movimento Iluminista do século XVIII. . Laqueur corrobora tal estado de coisas ao afirmar que:

Em alguma época do século XVIII, o sexo que nós conhecemos foi inventado. Os órgãos reprodutivos passaram de pontos paradigmáticos para mostrar hierarquias ressonantes através do cosmo ao fundamento da diferença incomensurável (...). Os órgãos que tinham nomes associados – ovários e testículos – passaram a ser distinguidos em termos linguísticos. Os que não tinham nome específico – como a vagina – passaram a ter. As estruturas que eram consideradas comuns ao homem e à mulher – o esqueleto e o sistema nervoso – foram diferenciadas de modo que correspondessem ao homem e à mulher culturais. Quando o próprio corpo natural tornou-se o padrão de ouro do discurso social, o corpo da mulher tornou-se o campo de batalha para redefinir a relação social antiga, íntima e fundamental entre o homem e a mulher. O corpo reprodutivo da mulher na sua concretude corpórea cientificamente acessível, na própria natureza de

---

<sup>29</sup> LAQUEUR, Thomas Walter. Op. cit., p. 190.

seus ossos, nervos e principalmente órgãos reprodutivos, passou a ter um novo significado de grande importância. Os dois sexos, em outras palavras, foram inventados como um novo fundamento para o gênero.<sup>30</sup>

Nesse contexto de mudanças e de luta pelo poder e posição na arena pública, Fabíola Rohden destaca o papel da Medicina, então em ascensão, cujos atores forneceram as bases ideológicas para a construção da “natureza feminina” e para a reafirmação da diferença entre homens e mulheres. Nos tratados médicos da época a diferença física entre os sexos era expressa desde os ossos até o cérebro. A bacia feminina mais larga e curva era o sinal inequívoco que demonstrava a destinação dada pela natureza ao corpo feminino para a gestação e o parto. Certas doenças, como a histeria e a ninfomania, eram associadas pela medicina ao útero, órgão feminino por excelência, o que fazia do corpo da mulher um corpo instável, regulado por sangramentos periódicos e sujeito a humores e à maior vulnerabilidade psíquica.<sup>31</sup> O tratamento preconizado para a histeria era o emprego de odores, como os pessários perfumados na vagina e sobretudo o matrimônio, pois a causa do mal era a ausência de relações sexuais. A histeria subsistia como a doença das mulheres sem homens, moças que se casavam tardiamente, religiosas, viúvas, mulheres abandonadas<sup>32</sup>. Ao se prescrever para as mulheres o desempenho dos papéis de esposa e de mãe, via união conjugal, criava-se simultaneamente uma plausível justificativa para a condição social feminina dada pela “natureza”. Contudo, a partir de fins do século XVII o uterocentrismo começa a regredir, graças à descoberta, desde o século XVI dos ovários e dos óvulos das fêmeas dos mamíferos pelo médico britânico William Harvey. Contrariamente às ideias aristotélicas, ainda então vigentes, a descoberta dos ovários demonstrou que as mulheres também produzem a semente – os óvulos – e mais ainda, que tais óvulos são fundamentais no processo de geração de uma criança, tal qual a semente masculina. Apesar dessa ideia não ter se difundido de imediato, progressivamente ela revelou que a mulher possuía também uma potência geradora, o que fez aumentar o prestígio feminino. A partir da época das Luzes, organiza-se um novo discurso no qual a mulher deixa de ser inferior ao homem e embora diferente deste, ela é sua igual no que

---

<sup>30</sup> LAQUEUR, Thomas Walter. *Op.cit.* p. 189, 190

<sup>31</sup> ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p.12,15.

<sup>32</sup> KNIBIEHLER, Yvonne; FOUQUET, Catherine. *La femme et les médecins*. Paris: Hachette, 1983, p.73.

tange à criação e geração de uma criança. A diferença entre homens e mulheres, posta em termos de complementaridade, confere à mulher o seu papel de reprodutora.

As mais diversas publicações irromperam, mas a que mais se destacou foi a de Dr. Pierre Roussel, em 1775, autor de “Sistema físico e moral da mulher”. O seu “sistema” consistia em ordenar o sexo, o corpo e a alma, iniciando-se pelo sexo, força motriz feminina: a anatomia da mulher evidencia o quão ela é “falha”: pele fina, ossos frágeis, músculos pouco desenvolvidos e cérebro pequeno. A menstruação e o parto são as provas cabais que colocam a saúde feminina em constante perigo, daí a mulher dever ser constantemente protegida, cabendo ao homem ampará-la, nutri-la e tomá-la sob seus cuidados. O determinismo biológico torna-se inexorável: dotada permanentemente de uma requintada sensibilidade promovida pelos seus vasos e nervos mais finos, a mulher é muito menos capaz do que o homem no que se refere ao pensamento e à concentração. Portanto, nada mais coerente do que manter a sua instrução dentro de justos limites e impedir a sua entrada na vida pública. Em contrapartida, a sensibilidade feminina permite o afloramento de preciosas qualidades, como o amor, a ternura, a compaixão, a piedade, qualificando a mulher para tratar e consolar todos aqueles que sofrem, seja na sua família ou em círculos próximos. Roussel, representante do discurso médico da época, pensa a feminilidade como uma “natureza” essencial, definida pelas funções orgânicas da mulher, pois a não observância ou a ruptura com as funções naturais gerariam as enfermidades e as desgraças da mulher. A feminilidade construída como a ideal está em estreita relação com a ordem social: a mulher sadia e plena é a cumpridora de seus deveres maritais e maternos e depositária das virtudes e dos valores universais<sup>33</sup>.

### **1.1.2 - O Discurso filosófico – de Rousseau a Freud**

Ao curso do século XVIII assiste-se a um declínio da influência da Igreja e novas ideias e costumes surgem a partir do Iluminismo. Todos os esforços são envidados para a construção de uma nova sociedade, onde as hierarquias e as tradições começam a ser postas à prova. A progressiva expansão do pensamento liberal, cujas premissas se pautavam nos ideais de fraternidade e igualdade permitem que a Razão passe a ser reiteradamente invocada como uma justificativa para a igualdade entre homens e mulheres. A mulher deixa de ser identificada como o mal ou como uma criatura diabólica e se transforma em um ser sensato e

---

<sup>33</sup> KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des mères...*

dotado de valor. Badinter situa o surgimento da família nuclear nesse período, baseada nos pressupostos do amor romântico e no casamento, fundada na liberdade de escolha entre os cônjuges, cujo ápice será a procriação. A nova família torna-se assim, uma “unidade sentimental” que engloba o casal e os filhos e que constrói os limites de sua vida privada qual um ninho a fim de se proteger das intrusões externas. Nessa nova sociabilidade se dá a construção e a valorização da maternidade como uma vocação natural feminina através da exaltação do amor materno como um valor favorável à espécie e à sociedade<sup>34</sup>. Os filósofos, moralistas e médicos da época, como já vimos, passaram a recorrer a essa racionalidade dirigida às mulheres a fim de justificar uma essência materna e fazem surgir uma ligação fundamental entre o sexo feminino e a maternidade.

Após o período de elevada mortalidade infantil que marcou o Antigo Regime, imputada à ignorância e à negligência das amas, em fins do século XVIII o novo imperativo passa a ser o salvamento das crianças. Sob a nova ótica econômica a criança adquire um valor mercantil, pois ela passa a ser encarada como uma força de produção em potencial para o Estado. Foi nessa época que moralistas, filantropos e médicos utilizaram diversos argumentos a fim de persuadir as mães a se voltarem para o lar, oferecer o seio e cuidar da sua prole. Parte das mulheres foi tocada por essa nova exigência, não por obediência às razões econômico-sociais, mas pelas promessas de felicidade e igualdade a elas endereçadas. A figura da mulher tornou-se central nesse momento, no desempenho dos papéis de esposa fiel, dona de casa extremada e mãe abnegada. Sob estas condições, a felicidade do homem e de toda a sociedade estaria garantida.

Um dos mais eminentes representantes de tal ideologia foi Jean- Jacques Rousseau. Para ele, a mulher deveria vincular a sua vida completamente ao marido e restringir sua esfera de atuação apenas ao lar, abrindo mão de qualquer outra pretensão pessoal. À simples figura da mulher doméstica e cuidadora opõe-se a do homem público, a quem elas deveriam se subordinar, por serem por natureza, passivas: a mulher foi feita especialmente para agradar ao homem e por isso deve evitar rivalizar com ele. Com a publicação de *Emílio*, em 1762, Rousseau exortava as canduras da maternidade, que deixaria de ser um dever imposto para se transformar na mais terna e doce atividade que uma mulher poderia ter. Igualmente incentivava a amamentação e suas múltiplas vantagens, não tanto por razões médicas, mas

---

<sup>34</sup> BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985, p. 179.

pela ligação afetiva que se estabelece entre mãe e filho a partir do contato carnal e estende-se por toda a família: “Se as mães se dignarem a amamentar seus filhos, os costumes reformar-se-ão por si mesmos e os sentimentos da natureza despertarão em todos os corações.”<sup>35</sup> Contudo, a apologia do amor maternal excede o mero ato de a mulher amamentar os filhos: o verdadeiro amor consiste em educá-los. A educação, antes sob a influência da Igreja e, portanto, rígida e destinada a extirpar o mal e colocar a criança no caminho da salvação, modifica-se com o Iluminismo. A verdadeira educação passa a ter um sentido mais amplo, de transmissão de valores morais e não apenas de instrução intelectual. Para esse mister, que outra pessoa, senão a mãe, educadora por excelência, poderia desempenhar essa elevada missão? A partir do momento em que a relação mãe e filho vai se consolidando e crescendo em importância, surgem os tratados e manuais destinados aos cuidados com a saúde e a educação das crianças. Assim, Rousseau ressaltou a importância do papel da mãe na educação, pois a função da mulher não é só dar a luz aos filhos, mas sobretudo ser a reformadora dos costumes:

Da boa constituição das mães depende em primeiro lugar a boa constituição das crianças; do cuidado das mulheres depende a primeira educação dos homens; das mulheres dependem também seus costumes, suas paixões, seus gostos, seus prazeres, sua própria felicidade. Assim, toda a educação das mulheres deve ser relativa aos homens. Agradar-lhes, ser-lhes útil, fazer-se amar e honrar por eles, educá-los quando jovens, cuidar deles quando grandes, aconselhá-los, consolá-los, tornar suas vidas agradáveis e doces: eis os deveres da mulher em todos os tempos e o que lhe deve ser ensinado desde a infância.<sup>36</sup>

Portanto, a proposta pedagógica de Rousseau em relação às meninas, desde o início da vida, era voltada para atender às necessidades e desejos do homem, adestrando-as para a submissão e para a dependência em relação a ele. Ademais, e contrariamente aos princípios liberais que advogava, Rousseau acreditava que a educação feminina tinha de ser limitada e voltada para as coisas práticas, pois a mulher só deveria ter acesso ao conhecimento para tornar sua presença agradável nos meios familiares e sociais: “Elas devem aprender muitas coisas, mas apenas aquelas que lhes convém saber”.<sup>37</sup> Definitivamente, para o pensamento

---

<sup>35</sup> ROUSSEAU, Jean-Jacques. *Emílio ou Da Educação*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004, p.22.

<sup>36</sup> *Ibidem*, p. 527.

<sup>37</sup> *Ibidem*, p. 526.

rousseauiano, a mulher não foi criada para o saber, mas para o prazer do marido e dos filhos. É relevante pensarmos a força e a eloquência com que essa construção da feminilidade perpassou o tempo e ainda hoje confina a mulher aos papéis socialmente pré-determinados para o seu sexo e aos ideais de maternidade e de domesticidade.

Ainda que a imagem da mãe e de seu papel tenham se modificado radicalmente no bojo dessa revolução das mentalidades com a exaltação do amor materno, na prática, os comportamentos demoraram a se alterar. Por diferentes razões nem todas as mulheres foram sensíveis aos argumentos e aos apelos e discursos repetitivos dos filantropos, intelectuais e médicos da época. Embora Rousseau tenha exercido uma significativa influência, ele foi apenas o precursor de uma corrente de pensamento, como nos assinala Badinter. Não sem razão, prossegue a autora, a nova mãe seguidora do modelo rousseauiano pertencia essencialmente às classes médias, à burguesia abastada, que não tinha ambições mundanas, nem pretensões intelectuais ou mesmo a necessidade de manter um trabalho remunerado fora do lar.<sup>38</sup> Ao aceitar a função de desincumbir-se da educação dos filhos, uma tarefa carregada de ideal, a mulher burguesa torna-se a rainha do lar e tem sua função social realçada.

Em consonância com Badinter, Donzelot explica que neste novo cenário que se descortina, a partir de fins do século XVIII, o valor conferido às mães pelo seu novo papel de nutriz e educadoras possibilita também uma aliança firmada entre os médicos e as mesmas. Contudo, a natureza e o caráter dessa associação variaram muito, de acordo com a classe social a que se destinavam. Indubitavelmente, diz Donzelot, a revalorização das tarefas educativas concorreu para mudar a própria imagem da infância e da mulher. Porém, a reorganização de tais comportamentos educativos situou-se em dois polos opostos, com estratégias diferenciadas. Para as famílias burguesas a aliança privilegiada entre mães e médicos pautou-se na difusão de uma medicina doméstica, um conjunto de práticas e conhecimentos que visavam retirar dos serviços as influências negativas do antigo meio educativo sobre os seus filhos. Depois dos clássicos do século XVIII surgem os tratados e livros elaborados pelos médicos sobre a arte de cuidar e de educar as crianças, desde a mais tenra idade, bem como os guias e dicionários de higiene. A diferenciação destas publicações do século XIX para as do século precedente é que o tom utilizado a partir deste momento passa a ser o de conselhos imperativos. Por outro lado, o aparecimento da figura do “médico

---

<sup>38</sup> BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985, p. 147, 222.



de família” diretamente na instância familiar funcionava como um proveitoso meio de afastar os charlatães. A expressão “remédio de comadres” expressava o pouco interesse da medicina de outrora pelos cuidados infantis e pela saúde das mulheres, pois o parto e os males oriundos da reprodução, bem como as doenças infantis estavam a cargo das parteiras e comadres, as quais compartilhavam seus saberes e práticas. A conquista do espaço doméstico pela medicina, portanto, representava um bloqueio às práticas perniciosas e consideradas inúteis das parteiras. Assim, torna-se pertinente a advertência do higienista Fonssagrives:

Os papéis de mãe e o de médico são e devem permanecer nitidamente distintos. Um prepara e facilita o outro, eles se completam, ou melhor, deveriam se completar no interesse do doente. O médico prescreve, a mãe executa.<sup>39</sup>

Não obstante, tal aliança era válida apenas para as famílias abastadas, que possuíam serviços e cujas mulheres detinham um mínimo de instrução e cultura para aproveitar os preceitos dos livros. A intervenção da medicina nas famílias populares dava-se por outros mecanismos, bem sutis, é verdade, pois que disfarçados da preocupação de conservação das crianças e de difusão das normas higiênicas. As várias formas de intervenção na vida dos pobres ocultava-se sob a égide da filantropia, mas o objetivo geral era o de diminuir o custo social de sua reprodução, ao mesmo tempo em que se obtinha um desejável número de trabalhadores com o menor gasto público possível. Em todas essas ações dirigidas aos desprovidas da sorte não se tratava mais de assegurar sistemas de proteção e sim de estabelecer vigilâncias diretas.<sup>40</sup>

O culto ao amor maternal começa a dissolver-se em fins do século XIX. Knibiehler observa que o eloquente elogio da maternidade, próprio dos séculos XVIII e XIX, ocultava a realidade material e econômica, pois não eram todas as mulheres que podiam assumir a maternidade. Nos meios urbanos e também nos campos, a maioria dos abortos e infanticídios eram praticados por mulheres pobres, no mais das vezes empregadas domésticas, que acabavam por ser expulsas de seus empregos.<sup>41</sup> Para se combater o crime do infanticídio, na França e depois em toda a Europa instituiu-se as Casas da Roda, que funcionavam nas

---

<sup>39</sup> DONZELOT, Jacques. *A Polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1980, p.23.

<sup>40</sup> *Ibidem*, p.27.

<sup>41</sup> KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des mères...*

cercanias dos hospitais. Essa instituição era uma espécie de sistema de acolhimento para as crianças abandonadas. A roda consistia na existência de um dispositivo de formato cilíndrico cuja superfície lateral era aberta em um dos lados e que girava em torno do eixo da altura, sendo fixada nas janelas ou muros da instituição. Na sua abertura externa era depositada a criança que se desejava abandonar e sob o giro da roda a criança era levada para o interior da instituição sem que a identidade do expositor fosse reconhecida. Criada precipuamente como um mecanismo para se evitar o infanticídio, a Roda serviu de defesa da honra das famílias cujas filhas haviam engravidado fora do casamento. Donzelot esclarece que a destinação principal da Roda, que seria o acolhimento dos objetos de escândalo - os filhos adulterinos, cedeu lugar à práticas fraudulentas, pois houve a descoberta de um número significativo de filhos legítimos entre os abandonados.<sup>42</sup>

No entanto, tais práticas não influenciavam o discurso corrente a respeito da maternidade, sobre o qual se assentava o instinto maternal como parte da natureza feminina. Badinter comenta que em todos os tempos houve mães que amavam seus filhos, mas esta não era uma atitude universal e sob este prisma podemos compreender a recusa da maternidade. O abandono dos filhos, que aumentou muito na segunda metade do século XVIII, cresceu ainda mais na primeira metade do século XX e as práticas do aborto ou do infanticídio, comprovam a não uniformidade do comportamento materno. Contudo, aquelas que se recusam a cumprir com seus deveres de mãe e educadora são fustigadas pela culpa, pois a sua influência determina a vitória ou o fracasso de seus filhos. Só depende dela que seu filho seja um grande homem ou um criminoso. Desgraçada é a mãe que ausente e indigna não ama seu filho, ou pior ainda, aquela que se recusa a tê-lo. Sobre ela recaem as condenações morais e é classificada como monstro ou como criminosa. Alijada da humanidade, torna-se um “erro da natureza”.<sup>43</sup>

### **1.1.3 - Do controle de nascimentos à maternidade escolha**

Uma revolução sentimental originada pós Revolução Francesa e oriunda dos clamores da sociedade civil consolidou-se na Europa no Século XIX. Esta significou o fim progressivo do antigo sistema de casamentos arranjados, em benefício do surgimento do amor romântico.

---

<sup>42</sup> DONZELOT, Jacques. Op. cit., p.31.

<sup>43</sup> BADINTER, Elisabeth. Op. cit., p.272, 275.

A valorização do casamento por amor de par com a ascensão do ideário familiar burguês traduziu-se na elaboração de uma moral civilizada e normatizada, a bem dizer. Fundada sobre o afeto e a atenção mútuos entre os esposos, condenava todas as relações carnavais exteriores à conjugalidade. Assim, a tônica era o controle da libido por meio da interdição do prazer fora do casamento sendo que a sexualidade deveria estar centrada na concepção. Eram condenadas igualmente todas as práticas sexuais que não resultavam em fertilização, como a masturbação, a prostituição e o coito interrompido. Contudo, até o final do século XVIII a realidade que se impunha era o aborto, o infanticídio e o abandono de bebês como as práticas contraceptivas correntes, concomitantemente com a exaltação do amor maternal e os cuidados paternais.

Quanto aos procedimentos empregados para a evitação de filhos, no século XIX as mulheres e homens tinham à sua disposição um conjunto de técnicas de anticoncepção que incluíam a abstenção sexual, o *coitus interruptus*, o método do ciclo baseado em uma noção errônea do período fértil feminino, as duchas vaginais empregadas após o ato sexual e ainda o condom. Entre as camadas médias na França, a prioridade era a utilização do coito interrompido, método simples, porém que exigia uma iniciativa e um maior controle por parte dos homens. Contudo, embora variados, esses procedimentos demandavam dinheiro, tempo e perseverança, pois muitos não eram seguros e dependiam, em alguma medida, da cooperação masculina. O aborto, ainda que perigoso e ilegal, representava para a mulher um derradeiro recurso diante do fracasso do contraceptivo, permitindo-lhe ainda certo controle de sua pessoa, sobretudo diante da recusa de seu companheiro em utilizar os métodos anticoncepcionais.<sup>44</sup>

A prática do aborto revestia-se de um caráter tradicional e popular e implicava a cumplicidade de outra mulher ou outras mulheres que funcionavam como redes de apoio. O conhecimento partilhado entre as mulheres recomendava àquelas que desejassem praticar o aborto, o uso de chás, raízes e ervas tradicionais com conhecida ação abortiva, como a arruda e a sabina. A utilização desses produtos produziria uma irritação no útero capaz de expulsar o bebê. Se todos esses meios empregados não lograssem o êxito esperado, recorria-se a um “profissional” para induzir o aborto por métodos mecânicos. Em meados do século XIX, abundavam em periódicos e revistas populares os anúncios comerciais de “remédios femininos”. O fenômeno assumiu tais proporções que alçou o aborto comercializado a uma

---

<sup>44</sup> KNIBIEHLER, Yvonne. Cuerpos y corazones. In: DUBY, Georges; PERROT, Michelle. *Historia de las mujeres*. Tomo 8. El siglo XIX – Actividades y reivindicaciones. Madri: Taurus, 1993, p.35. Tradução livre.

verdadeira indústria, fonte de consideráveis benefícios para médicos, farmacêuticos, herboristas, veterinários, massagistas e curandeiros, bem como para a indústria produtora de drogas.<sup>45</sup> O debate de médicos, no Brasil, acerca do aborto, em fins do século XIX foi retratado por Silva. As teses médicas do período evidenciaram os variados meios empregados pelas mulheres diante de uma gravidez inoportuna. Antes do surgimento da prática do aborto instrumental, figuravam o uso de sangrias, sanguessugas, banhos de assento, quedas, compressão do ventre, bem como a ingestão de chás, ervas e até mesmo de substâncias químicas classificadas como venenos: arsênico, fósforo, antimônio, clorofórmio, permanganato de potássio, entre outros. As técnicas médicas para o aborto instrumental advindas da Europa, no século XIX, rapidamente aportaram ao Rio de Janeiro e eram praticadas por abortadores nas cidades – injeções de líquido ou água no útero por meio de seringas de vidro ou de metal ou ainda por um cateter inserido em um fio de ferro. Outras manobras abortivas diretas eram realizadas com a introdução na cavidade uterina de instrumentos pontiagudos como agulhas de tricô, hastes de madeira e até penas de ganso. Os desfechos de tais práticas eram, não raro, desfavoráveis à saúde feminina e até mesmo fatais.<sup>46</sup> É pertinente lembrarmos, através de Fabíola Rohden, que em uma sociedade centrada na rígida divisão de papéis sobre os quais a reprodução e os cuidados com a família eram atributos exclusivamente femininos, o uso intensivo de métodos para o controle do número de filhos representava uma ameaça. Não obstante, tais questões pautadas nas relações de gênero, e, portanto, de poder, representavam a possibilidade de ruptura com os modelos tradicionais vigentes de relação entre homens e mulheres<sup>47</sup>.

Para Roudinesco, a significativa redução da natalidade que se iniciou na França e alcançou toda a Europa no século XIX, deve ser atribuída a uma profunda mutação na vida das famílias, como o novo olhar dirigido às mulheres e às crianças no meio familiar e o controle dos atos sexuais pelos homens. O filho passou a gozar de um novo status no seio da família burguesa, passando a ser encarado como um ser desejado e não mais como um

---

<sup>45</sup> WALKOWITZ, Judith R. Sexualidades perigosas. In: DUBY, Georges; PERROT, Michelle. *Historia de las mujeres*. Tomo 8. El siglo XIX – Actividades y reivindicaciones. Madri: Taurus, 1993, p. 81. Tradução livre.

<sup>46</sup> SILVA, Marinete dos Santos. Reprodução, sexualidade e poder: as lutas e disputas em torno do aborto e da contracepção no Rio de Janeiro, 1890-1930. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1241-1254, out./dez.2012, p.1247-1248.

<sup>47</sup> ROHDEN, Fabíola. *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p.15.

estorvo. Quanto à mulher, em lugar de ser reduzida a seu papel de esposa e mãe, ela passou a ter direito a uma sexualidade pelo menos reconhecida, ainda que não exuberante, e o acesso ao prazer tornou-a dissociada da procriação, o que contribuiu para a sua individualização.<sup>48</sup>

A redução do número de filhos é o resultado de uma miríade de transformações ocorridas no período de passagem do século XIX até o século vindouro, por volta da Primeira Grande Guerra. A dominação incontestada da reprodução visibilizada nas estatísticas demográficas, a aceleração triunfante da medicalização e a própria eclosão do Feminismo enquanto um movimento social, cultural e político são elencados por Knibiehler como os fatores que concorreram para a transformação da função maternal.<sup>49</sup> O que parece ser indiscutível, ajunta Rohden, é que, com o acesso a vários métodos, há por parte dos indivíduos uma tentativa mais eficaz de controle da natalidade em marcha na passagem do século XIX para o seguinte. Em vários países verificou-se um aumento no uso dos contraceptivos e também na prática do aborto.<sup>50</sup>

A Medicina contemporânea fixou a sua própria data de nascimento nos últimos anos do século XVIII, de acordo com Foucault, como o resultado de uma reorganização da percepção médica derivada de um novo olhar sobre os corpos e seu funcionamento. A relação entre o visível e o invisível mudou de estrutura, inclusive na linguagem e eclodiu no espaço da experiência e de uma racionalidade científica – romperam-se as concepções de natureza sobre a saúde e a doença. O desenvolvimento da medicina do espaço social refletiu-se sobretudo na organização da assistência dirigida à população. O emprego das medidas de higiene retirou do hospital o antigo estigma da miséria e alocou-o como medida de proteção. No espaço do hospital e sob o olhar do médico criaram-se várias unidades físicas onde os doentes são classificados e categorizados de acordo com o seu estado, de modo a não agravar, por sua vizinhança, o mal dos outros.<sup>51</sup> Portanto, a medicina enquanto saber científico consolida-se no século XIX, no contexto de formação das sociedades capitalistas, com um papel eminentemente político e social traduzido pela medicalização dos corpos – sobretudo do feminino.

---

<sup>48</sup> ROUDINESCO, Elisabeth. *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p.99.

<sup>49</sup> KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des mères...* Tradução livre.

<sup>50</sup> ROHDEN, Fabíola. *A arte de enganar a natureza...* p.29.

<sup>51</sup> FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

Rohden delinea uma retrospectiva dos discursos científicos acerca da construção da feminilidade até a criação da medicina da mulher. Lembra-nos de que na Idade Média, as doenças femininas e os partos eram “assunto de mulheres”, pois quem oferecia os cuidados nesse momento eram as parteiras, as quais desprovidas de qualquer formação especializada utilizavam apenas a sua experiência. Por lidarem diretamente com o universo feminino exigia-se delas uma conduta ilibada e tinham suas atividades controladas e vigiadas pelo clero. A evocada associação com bruxaria aumentava o controle sobre elas. Já no século XVIII, além dessas atividades, as parteiras possuíam outras atribuições como atestar a virgindade em casos de impotência ou de estupro e transmitir aos casais as normas relativas às práticas sexuais permitidas pela Igreja. Os cirurgiões e médicos, homens, só eram chamados para atender aos casos mais complicados. No transcorrer do século XVIII, a luta dos cirurgiões pelo controle da reprodução feminina avançava paulatinamente. Afastados do leito das parturientes por conta de rígidas regras morais, utilizavam como armas as acusações de superstições e imperícias por parte das parteiras. A utilização do fórceps nos partos difíceis, facultada exclusivamente aos homens, os cirurgiões, foi mais um ponto a favor da ascensão médica.<sup>52</sup> A descoberta da etiologia da febre puerperal, responsável pela elevada mortalidade materna, e os consequentes progressos da higiene por meio das descobertas de Pasteur deslocou os partos do domicílio e das mãos das parteiras para o ambiente hospitalar. Ao longo do último terço do século XIX a medicalização da reprodução atingiu o seu ápice, com o surgimento da ginecologia, da obstetrícia – a chamada medicina da mulher, da pediatria e da puericultura. O surgimento de uma ciência dedicada à criança atesta, sem dúvida, a efetiva valorização da figura infantil, e mais ainda: representa uma forma de se disciplinar as mães, até então refratárias aos conselhos e ordens médicas. Sobre a medicalização da reprodução recorreremos à Knibiehler:

Os homens das Artes começam a desvalorizar o ‘instinto maternal’ que tinha fundado a separação entre o mundo das mulheres, empírico, afetivo, e o mundo dos homens, inovador, racional, científico. A maternidade exige, daqui em diante, diziam eles, uma cultura de origem erudita.<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001, p. 46.

<sup>53</sup> KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des mères...*

O recrudescimento do número de abortos, por sua vez, entre fins do século XIX e o século XX e o deslocamento de uma prática antes privada e discreta, para o mundo dos homens, gerou uma forte reação social a ponto de elevar o aborto à categoria de um problema político de primeira ordem. Concomitantemente, a diminuição da natalidade justificada pela necessidade de higiene da raça, o eugenismo, torna-se também o centro dos debates entre os médicos, os intelectuais e os homens públicos. O eugenismo significou a instauração de uma política de higiene pública com vistas a combater certos males sociais representados pelo alcoolismo, pela prostituição, pela loucura e pela criminalidade com fins de obtenção do aperfeiçoamento e da melhoria da raça. A intervenção, resultado de uma aliança formada entre a Medicina e o Estado, centrou-se no gerenciamento da procriação em todas as suas instâncias, desde o casamento até os cuidados dispensados às crianças (puericultura). A ideia de formação de cidadãos saudáveis e, portanto, garantidores do futuro da nação pautou-se na luta contra a degradação de origem hereditária, donde a interdição do casamento entre indivíduos nocivos à descendência e a esterilização obrigatória dos indivíduos considerados “degenerados”. Isso nos remete ao bio-poder, descrito por Foucault, como uma forma de administração dos corpos e uma gestão da vida através de intervenções que promoveriam o controle da população. Para isso foram necessários métodos de poder como instituições de poder (a família, a escola, a polícia, a medicina). Para o autor, pela primeira vez o saber sobre a vida – o biológico – investiu-se do poder político<sup>54</sup>.

O que estava em jogo não eram meramente os riscos inerentes ao aborto e suas consequências sobre a saúde feminina e sim os resultados advindos da limitação de fecundidade sobre os destinos da nação. O fato é que a considerável diminuição das taxas de nascimento em muitos países europeus gerou uma preocupação generalizada nas classes dominantes e também por parte do Estado, sobretudo no caso francês. Ao final do século XIX, a ameaça de “depopulação” naquele país gerou um forte embate político entre os neomalthusianos e os natalistas, que culminou com a promulgação de leis de repressão ao aborto e à propagação neomalthusiana.<sup>55</sup> A política natalista francesa pautou-se novamente na

---

<sup>54</sup> FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985, p. 131.

<sup>55</sup> Os neomalthusianos eram favoráveis às medidas restritivas da natalidade por acreditarem que a superpopulação era a origem da miséria. Associados também ao eugenismo pregavam a reprodução apenas dos indivíduos “saudáveis”. Os natalistas, por sua vez, combatiam a contracepção e o aborto e promoviam a valorização da família.

valorização da maternidade e no combate ao divórcio, às uniões livres e também ao trabalho feminino remunerado, alçando a família literalmente à categoria de célula *mater*. da sociedade. Mesmo assim, a prática do aborto não desapareceu em nenhum lugar, apenas tornou-se clandestina e mais suscetível a riscos para a saúde feminina. Segundo Knibiehler, no que diz respeito à maternidade, as diferenças observáveis de um país a outro são meramente cronológicas, pois todos os países são igualmente natalistas e sensíveis aos meios para fomentar a medicalização e os cuidados maternos. Contudo, o balanço dos esforços pró-nascimentos permaneceu modesto entre as duas Guerras Mundiais.<sup>56</sup>

O “birth control”, desenvolvido por Margaret Sanger nos Estados Unidos e na Inglaterra por Marie Stopes, ganhou terreno entre os países do norte da Europa no fim da década de 1930. Aos casais legítimos e responsáveis foi proposto o controle consciente dos nascimentos e o planejamento dos mesmos mediante a utilização de métodos contraceptivos. A Suécia aderiu à política demográfica após 1935, com a legalização do aborto e com a difusão da educação sexual. A França, porém, sob a influência da Igreja Católica aderiu ao “birth control” através do estímulo a adoção dos métodos “naturais” de contracepção: o método de temperatura do muco cervical, o método de Ogino-Knaus ou “tabelinha”, as duchas de água pós-coito, as esponjas umedecidas com desinfetante e colocadas no interior da vagina e o coito interrompido. Embora pouco eficazes, possuíam a vantagem de respeitar os interditos da religião. Após a Segunda Guerra Mundial os índices de natalidade voltaram a se elevar nitidamente e de uma forma mais duradoura na Europa e na América do Norte. Instalou-se o fenômeno do “baby boom”, ou a eclosão de nascimentos. Com o fim da guerra, as crianças reacendem a esperança e o desejo de reconstrução e de viver dias melhores. Paradoxalmente, ao menos na França, o “baby boom” coincidiu com uma elevação do número de abortos clandestinos.<sup>57</sup>

Por outro lado, as próprias conquistas do Movimento Feminista contribuíram para modificar a situação da mulher por meio do acesso à educação não sexualmente diferenciada e ao trabalho extra doméstico. Em 1949, a publicação da obra de Simone de Beauvoir na França e posteriormente em outros países provocou uma verdadeira revolução na identidade feminina ao lançar as bases de questionamento ao binômio mulher-mãe. *O Segundo Sexo*

---

<sup>56</sup> KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des mères...*

<sup>57</sup> *Ibidem*.



ecoou como um grito em meio ao “baby-boom” no sentido de ousar conclamar a liberar as mulheres das contingências da maternidade. Sepulta-se de vez o “instinto maternal”.

A pílula anticoncepcional, surgida no fim dos anos 1960 representou igualmente um cataclismo e transformou-se no símbolo da emancipação feminina. Pela primeira vez na História, as mulheres puderam dispor de uma técnica segura para controlar a sua fecundidade e mais ainda, tornavam-se, em alguma medida, senhoras de si mesmas e de seus próprios corpos. O contraceptivo oral, criado pelo biologista americano Dr. Pincus, com a colaboração de Margaret Sanger, foi acolhido prontamente mais uma vez pelos países do Norte da Europa e nos países anglo-saxões, aqueles não submetidos à influência da Igreja, em detrimento dos países católicos. Entre estes últimos a resistência à pílula era devido ao temor de uma apologia ao amor livre, ao erotismo e principalmente à autonomia da mulher frente à reprodução.<sup>58</sup> Em consonância com a crescente autonomia feminina, a interrupção voluntária da gestação como um direito e, portanto respaldada legalmente, foi liberada na Europa a partir do final da década de 1960 (Grã-Bretanha em 1967, França em 1975, Itália em 1978) e mais recentemente em Portugal, que desde 2007 passou a permitir o procedimento à pedido da mulher, independente de qualquer motivação. Os Estados Unidos, em 1973, por decisão da Suprema Corte, reconheceram o direito das mulheres de interrupção ou não da gestação.<sup>59</sup> Embora sujeito à regulamentação e ao controle social do Estado, a despenalização do aborto foi saudada como uma vitória para as mulheres, ainda que não para todas, pois possibilitou trazer ao mundo apenas os filhos planejados e desejados.

A partir da pílula, a mulher pode escapar à sua *natureza* e pode viver livremente o amor e a sexualidade. De forma paradoxal a liberdade de escolha reflete-se muitas vezes em uma maternidade tardia e em outras, bem mais precoce, cujos significados tornam-se diametralmente opostos. Assiste-se assim, nos anos 1970 a uma queda significativa da natalidade, secundada por alguns fatores, tais como a perda do simbolismo do casamento efetivada pelo aumento do número de divórcios. Também são implicados a ampliada sobrecarga de trabalho imputada às mães, a chamada dupla jornada de trabalho, as quais além de trabalhar remuneradamente fora do lar acabam por arcar com a maioria das responsabilidades parentais no espaço doméstico e nos cuidados com a casa e com os filhos.

---

<sup>58</sup> Ibidem.

<sup>59</sup> TORRES, José Henrique Rodrigues. Aborto e legislação comparada: *Cienc. Cult.*, São Paulo, v.64, n.2, Jun.2012.

Em toda a parte, lamentavelmente, a partilha entre o casal no que tange ao mundo privado está longe de ser satisfatória e a maternidade acaba por pesar sobre os ombros da mulher.

A maternidade escolhida contribuiu para uma mudança das relações entre os homens e as mulheres. Ao “perder” a iniciativa e o controle exclusivo sobre a procriação, consolidado ao longo de milênios, o homem viu o seu papel de pai sofrer um deslocamento: caiu por terra o seu título de único provedor da família na medida em que tem aumentado significativamente, nos últimos anos o número de famílias chefiadas e conduzidas unicamente por mulheres. Ao mesmo tempo, graças à ascensão e consolidação dos saberes “psi” – da psiquiatria, da psicanálise, da psicologia e até da pedagogia, a mãe do século XX foi novamente promovida à grande responsável pela felicidade e pela realização dos desejos de seu (sua) filho (a). Sigmund Freud, um dos representantes da nova ordem simbólica, foi o portador de uma evolução de mentalidades e, portanto social, marcada pelo declínio do poder do pai e de sua função. A teoria psicanalítica impõe uma distinção necessária entre os papéis materno e paterno. Aos olhos de Freud e de seus seguidores, a mãe aparece como uma espécie de elemento separador entre o pai e o filho. Sendo assim, a mãe simboliza primordialmente o amor e a ternura e o pai, a lei e a autoridade. Doravante, a valorização do papel feminino dissemina-se, com ênfase no dever de toda mãe de assegurar a educação e o bem-estar de sua prole.<sup>60</sup> Por outro lado, a impossibilidade ou mesmo a recusa por parte da mãe em realizar tão nobilíssima tarefa fez recair sobre ela as maldições do século XX: o desprezo e a culpa ou então a comiseração.

Badinter tece uma crítica à psicanálise no sentido de que se este campo do conhecimento contribuiu para aumentar a importância atribuída à mãe, por outro lado, “medicalizou” a questão da mãe má, aquela que recusa a maternidade ou não a vivencia nos moldes preconizados socialmente. Para a historiadora, a psicanálise mantém a tônica do discurso moralizador dos séculos XVIII e XIX e faz recair ainda hoje sobre a mulher a pecha de malvada e doente, o que só faz aumentar a culpa feminina. É ainda Badinter quem alude à figura do “novo pai” que se impõe a partir dos anos 1980, sobretudo entre os homens mais jovens que acabam por maternar os filhos. Não nos causa mais espanto, ressalta ela, nos depararmos nas páginas das revistas com fotografias de pais trazendo nos braços seus filhos recém-nascidos. A tudo isso ela atribui um novo conceito: “o amor paterno”, em tudo

---

<sup>60</sup> KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des mères...*

semelhante ao amor materno e oriundo a partir de uma nova experiência de paternidade estimulada pelas próprias mulheres. Os homens assumiram a maternagem concomitante ao controle feminino da procriação, desobrigando as mulheres a serem mães.<sup>61</sup>

Em outro espectro, o surgimento das técnicas de reprodução assistida ou da procriação medicamente assistida trouxe à tona o desejo por um filho, às vezes esquecido e recalado durante anos no inconsciente feminino. O desejo da mulher em tornar-se mãe adquire tal magnitude que passa a ser equacionado como um direito pela ciência contemporânea e proclamado, nos dizeres de Knibiehler “a uma exigência sagrada”<sup>62</sup>. Ao dissociar definitivamente a sexualidade da procriação a reprodução assistida inaugura um novo tempo. Uma nova revolução feminina se inicia?

## 1.2 - O Debate atual – As mães possíveis

Chegamos ao século XXI. Para as mulheres ocidentais, beneficiárias de quatro décadas de mudanças sociais no bojo do movimento feminista, abriu-se um variado leque de opções – desde a escolha da atividade profissional a estilos de vida. Em que pese as diversas situações de desigualdade entre os gêneros, ainda prementes, a mulher de hoje não está mais encerrada no ideal de domesticidade entoado por Rousseau há três séculos. Ao menos no plano teórico. O que assistimos hoje, oriundo do constante bombardeio das mídias, são diversos apelos e “conselhos” dirigidos às mulheres: como vestir-se bem e manter a pele jovem; como ser assertiva no trabalho sem perder a ternura e a feminilidade; como manter o clima de romance com o seu parceiro ou ainda como manter acesa a chama do casamento; como ser uma anfitriã perfeita e preparar pratos *gourmet* para a família e amigos; como estar sempre culta e bem informada sobre os assuntos da atualidade e finalmente como cuidar e criar bem os seus filhos, de acordo com as preleções dos conhecimentos “psi”.

A nova moral conjugal não se coaduna exclusivamente com o casamento legalizado e reprova com muita ênfase as uniões mantidas apenas pela força do hábito. A reciprocidade sentimental e sexual entre os parceiros e a realização individual tornou-se uma experiência indispensável à existência do casal do século XXI. As novas gerações preferem acolher os riscos da solidão às uniões desprovidas de transparência e cumplicidade: o casamento por

---

<sup>61</sup> BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985, p. 364.

<sup>62</sup> KNIBIEHLER, Yvonne. Op. cit.

amor do século XVIII deu lugar ao “juntos por amor”. Permanece o desejo de união com o outro em uma relação monogâmica, porém desde a promulgação da Lei do Divórcio no Brasil, em 1977, o formato tradicional de relacionamento conjugal se desfez para ceder lugar também às coabitações sem vínculos formais entre os parceiros, exceto os sentimentais. As resoluções entre os parceiros costumam ser tomadas por ambos, pois os planos individuais são considerados na medida em que ambos frequentemente contribuem com o fruto de seu trabalho nas despesas do lar. No novo meio familiar, quer hetero ou homossexual, o ideal de igualdade entre o casal caminha para um equilíbrio nas relações pautadas então, na afetividade mais profunda e também no prazer sexual mútuo.

Para a mulher de hoje, geralmente autônoma e emancipada, uma relação a dois não é meramente uma segurança financeira ou um paliativo para a solidão, livrando-a da pecha de solteirona, como no passado. Representa isto sim, uma dimensão da sua vida em que está presente a busca pela realização em todos os níveis, do pessoal ao profissional. O projeto de filhos, se houver, não raro é discutido previamente entre os parceiros. A possibilidade de controle da concepção juntamente com as visíveis melhorias das condições de saúde da mulher e da criança deu ensejo ao planejamento seguro da maternidade e ter ou não ter filhos inseriu-se nos desejos da mulher e/ou do casal. A autonomia feminina, sobretudo das mulheres com condições socioeconômicas mais privilegiadas aumentou e houve um declínio no número de nascimentos no Brasil, processo este que vem se delineando desde os últimos anos do século XX. Contudo, em que pesem os resultados dos últimos censos demográficos ao alertar sobre a não homogeneidade desse processo entre as unidades da federação e entre os diversos segmentos sociais, esse fenômeno também atingiu a população menos favorecida economicamente, ainda que de forma mais lenta. É preciso, no entanto, considerar algumas nuances da realidade: a violência contra a mulher persiste em todos os meios sociais e reveste-se sob os mais variados aspectos: das agressões verbais e psicológicas à violência física. A gravidade do fenômeno advém do fato de que os perpetradores são, em geral, os namorados, maridos ou companheiros da mulher e, portanto, é alguém que goza da sua intimidade. Acresce-se ainda a perenidade de uma indefectível moralidade às avessas que sempre penaliza a mulher por sua condição, transformando-a da posição de vítima em ré.

Sob outro aspecto, como nos séculos XVIII e XIX abundam os livros, manuais, revistas e de forma inovadora os blogs, com dicas dirigidas às mulheres “modernas” sobre os mais variados assuntos e também com temas relacionados ao universo infantil. Basta abrir as

revistas de celebridades para ver estampadas em suas páginas as notícias do quanto as suas vidas parecem ter mudado e se tornado completas com a chegada dos filhos e isso vale também para as demais mulheres reais que não estão sob os holofotes. Apesar de todas as conquistas sociais femininas, o desejo de ter e de criar filhos permanece hoje tão intenso entre as mulheres quanto o foi em gerações anteriores. Nas próximas linhas me deterei sobre a maternidade na nossa era. Ao reconhecer a pluralidade do sujeito mulheres abordarei as maternidades possíveis, sem, no entanto, pretender categorizá-las e encerrá-las em modelos pré-determinados. A intenção é expressar a variedade de arranjos femininos quanto às vivências da experiência da maternidade e as imbricações entre eles, excluindo-se ainda o propósito de esgotá-los.

### **1.2.1 - A mãe em tempo integral**

Para as mulheres que vivenciam a maternidade sob a forma que denominamos de “integral”, a criança representa o zênite do casamento ou da união. Os filhos, geralmente mais de um, não necessariamente aparecem nos primeiros anos de união, contudo o seu nascimento provoca um reordenamento do universo familiar. Nesse contexto, ter filhos significa não só trazê-los ao mundo, mas também cuidar e zelar pessoalmente por eles e não deixá-los à mercê de babás, creches ou escolas maternais. Para o bem estar da prole e conseqüentemente da família, a mulher mãe é capaz de diversos sacrifícios e inúmeras delas abrem mão de seus projetos pessoais (caso eles existam) para se dedicar à sagrada missão da maternidade. A mãe zelosa de seus filhos garante não só os seus cuidados de higiene, a boa alimentação, as atividades de lazer compatíveis com cada faixa etária, como a boa educação no lar e no ambiente escolar. Por outro lado, o declínio do número de filhos acaba por facilitar e estimular a dedicação integral dessas mulheres a cada um deles e absorvem-se de tal forma nessa tarefa que muitas mães optam por deixar voluntariamente seus empregos remunerados e ficar ao lado dos filhos nos primeiros anos de vida. Algumas tencionam retornar mais tarde ao mercado de trabalho, quando as crianças já estiverem crescidas, porém a volta à esfera produtiva extra doméstica não costuma efetuar-se sem conflitos.

Importa ressaltar que a mãe em tempo integral está presente em todas as camadas sociais, mas o significado da sua opção varia amplamente. Para as melhores aquinhoadas e detentoras de elevada escolaridade e de uma profissão, a dedicação integral ao lar e aos filhos não representa um problema, nem do ponto de vista financeiro e nem sob o aspecto do

acúmulo de funções no lar. Muitas mulheres programam esse tempo de afastamento do trabalho e fazem investimentos financeiros que as possibilitem viver essa condição. Outras podem contar com o papel de provedor de seus cônjuges, cuja renda é satisfatória para as despesas da família. Algumas podem contar com a ajuda de uma empregada remunerada nas tarefas cotidianas e assim, dedicar-se ainda mais aos cuidados com os filhos. Para as mulheres das camadas menos favorecidas socioeconomicamente, ser mãe em tempo integral significa fazer o caminho inverso: geralmente possuidoras de pequeno capital escolar e exercendo atividades de baixa especialização e remuneração, a sua permanência no lar significa uma espécie de economia. Não conseguindo dispor das poucas vagas existentes nas creches públicas e muitas vezes sem contar com a rede de assistência inter familiar acabam por deixar os filhos com pessoas da vizinhança mediante o pagamento de um estipêndio, que mesmo de baixo valor, significará um peso na economia doméstica. Sob esta lógica torna-se mais vantajoso para essas mulheres permanecer em casa nos cuidados dos filhos e da família e exercer concomitantemente atividades econômicas no âmbito doméstico como lavar ou passar roupas, confecção de doces ou artigos de artesanato para venda, comercialização de produtos de beleza. Embora as necessidades econômicas da atualidade imponham a realização de uma atividade produtiva, ainda é bastante divulgada a noção de que o trabalho feminino fora do lar, principalmente se ocorrer em tempo integral, comprometeria a família e poderia repercutir na educação e nos cuidados com as crianças.

### **1.2.2 - A mãe conciliadora**

A mãe conciliadora é aquela que busca conciliar a maternidade e o trabalho extradoméstico. É o protótipo da mulher que trabalha fora e que fez pesados investimentos na sua educação e no seu aperfeiçoamento profissional concomitante ao espaço significativo que a maternidade ocupa em sua vida. À medida, porém, que a sua realização profissional aumenta juntamente com as exigências laborais, vários conflitos eclodem através de dúvidas quanto ao caminho seguido, angústias e até de uma exaustão pela sobrecarga com a dupla jornada de trabalho. Embora os homens estejam participando com maior intensidade no cotidiano do lar

e no cuidado com as crianças, a divisão de tarefas entre o casal não é equânime, visto que a participação masculina, no mais das vezes se traduz por uma colaboração.<sup>63</sup>

A pesquisa da Síntese dos Indicadores da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2009 apontou que, além da jornada no mercado de trabalho, 90,0% das mulheres ocupadas realizavam tarefas referentes aos trabalhos domésticos e entre os homens ocupados esta proporção era inferior, 49,7%. No que se refere aos variados tipos de tarefa doméstica, como limpar a casa, cozinhar, lavar e passar a roupa, os maridos dedicam em média menos que 2,5 horas semanais, enquanto as mulheres investem quase 28 horas. Em relação aos cuidados com as crianças, os maridos/companheiros gastam três horas, enquanto as mulheres despendem mais de 18 horas. Vê-se assim que a participação dos homens no trabalho doméstico configura-se em uma participação pontual, pois as mulheres continuam como as principais responsáveis pela organização doméstica. Da mesma forma, a participação masculina no domínio privado tende a diminuir na medida em que as atividades implicam trabalho manual, rotineiro ou solitário, demonstrando uma limitação e mesmo uma seletividade masculina na execução das tarefas domésticas, pois os homens optam por realizar apenas as tarefas mais valorizadas socialmente.<sup>64</sup>

No que diz respeito às funções parentais, além das diferenças significativas entre pais e mães acerca da efetiva responsabilidade sobre seus filhos, a divisão sexual do trabalho impõe-se como realidade e também cobra o seu tributo até mesmo na França, país com um dos maiores IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) do mundo. Os resultados de uma pesquisa do INSEE (Institut National d'Etudes Demographiques) evidenciam que, a despeito de uma profunda transformação na sociedade francesa e do lugar que as mulheres ocupam nela – particularmente no mercado de trabalho – elas continuam a realizar dois terços do trabalho doméstico e parental, ou seja, o dobro da parte assumida pelos homens. E à medida que a família cresce os homens dedicam ainda menos tempo a essas atividades domésticas e aos cuidados com as crianças, indicando um total desengajamento quanto ao seu papel. Por outro lado, crianças privadas do reconhecimento paterno são atualmente raras na França, o

---

<sup>63</sup> Para uma discussão mais ampla acerca do panorama atual da divisão sexual do trabalho, ver: SILVA, Marinete dos Santos; ABREU, Cristiane de Cássia Nogueira Batista. “Tudo muda, mas nada muda”: o diferencial feminino e a divisão sexual do trabalho. *Caderno Espaço Feminino*, Uberlândia, MG, v.29, n.1, Jan./Jun.2016.

<sup>64</sup> SORJ, Bila. Trabalho remunerado e trabalho não-remunerado. In: VENTURI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol; OLIVEIRA, Suely (Org.). *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004, p. 107-119.

que demonstra um elevado padrão de cidadania entre os homens e as crianças e sinalizando o ingresso destas na esfera civil. Contudo, as relações sociais de sexo assimétricas quanto à parentalidade e à divisão sexual do trabalho permanecem marcadas pela desigualdade naquele país.<sup>65</sup>

As reivindicações feministas em prol do acesso das mulheres à educação de grau superior efetivou-se com o maior número de mulheres presentes nas universidades. Por outro lado, a maior qualificação das mulheres com melhor inserção no mercado de trabalho não significou a mesma remuneração dos homens na ocupação de postos idênticos de serviço. A desigualdade salarial em função do sexo ainda é uma constante em nosso meio.

As dinâmicas específicas da inserção das mulheres no mundo do trabalho oculta também uma exacerbação da questão de classe, inclusive em termos numéricos. Assim é que desde os anos 1980 assiste-se no Brasil, a um maior número de mulheres em profissões executivas e de nível superior, simultaneamente ao crescente número de mulheres em trabalho de tempo parcial. As mulheres mais bem sucedidas economicamente dispõem períodos de tempo cada vez maiores nas suas carreiras e trabalham cada vez mais fora do lar. Para realizar de forma plena o seu trabalho profissional precisam empregar outras mulheres para a execução do trabalho doméstico e no cuidado com as crianças, pois como já enfatizado anteriormente, a divisão de tarefas no lar entre os parceiros é bastante infrequente. Inaugura-se então uma condição inédita nas relações de gênero e de classe, pois as mulheres empregadas no trabalho doméstico (que realizam as tarefas para as mulheres empregadoras e mais abonadas) são geralmente mulheres dos estratos econômicos mais baixos. Simultaneamente ao aumento do número de mulheres em profissões de nível superior, há um aumento de mulheres empregadas em situações de baixa remuneração, como no trabalho doméstico.<sup>66</sup>

---

<sup>65</sup> DEVREUX, Anne-Marie. A paternidade na França: entre igualização dos direitos parentais e lutas ligadas às relações sociais de sexo. *Sociedade e Estado*, Brasília, v.21, n° 3, set./dez.2006, p.607-624.

<sup>66</sup> Hirata e Kergoat indicam o aparecimento de novos modelos de divisão sexual do trabalho, aos quais denominam de “modelo de conciliação” de tarefas e “modelo de delegação” de tarefas. Cf. HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, v.37, n.132, set./dez.2007. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/cp/v37n132/a0537132.pdf](http://www.scielo.br/pdf/cp/v37n132/a0537132.pdf). Acesso em 10/11/14.



### 1.2.3 - A mãe a todo preço

A pressão ideológica dirigida às mulheres para que a maternidade aconteça “a qualquer custo” permanece intensa até os dias atuais. Entre as mulheres que desejam ter filhos o dilema que se apresenta é relativo à quando tê-los e tal escolha apresenta-se não apenas na esfera individual como no universo mais global do trabalho. As mulheres melhor colocadas nos diversos cargos profissionais e desejosas de dedicar maior tempo aos seus estudos e especializações veem-se frente a frente com algumas questões relevantes: até quando é possível postergar a gravidez sem que o relógio biológico dê suas badaladas finais? Na atualidade é possível dispor da biotecnologia para auxiliar a enfrentar o impasse entre carreira e maternidade. Através das várias técnicas de reprodução assistida pode-se recorrer ao congelamento de óvulos em serviços especializados e ainda utilizar a fertilização in vitro como uma alternativa para àquelas mulheres as quais o limite de idade já cobrou o seu tributo.

Para Badinter, as novas técnicas de procriação tornaram mais evidentes o domínio da natureza ou o desligamento das funções fisiológicas, uma vez que é possível a gravidez sem relação sexual e as várias “trocas” de óvulos, espermatozoides e útero entre pessoas diferentes. Complementa ainda que, hoje se faz de tudo para dobrar o corpo aos nossos desejos e à medida que dominamos melhor a biologia, modificamos e desafiamos a natureza ao sabor de nossos desejos.<sup>67</sup> E de nossos sonhos, acrescento. A esse respeito é oportuno perceber que a tecnologia seria reveladora da ineficiência da natureza, na medida em que permite superar e expandir os seus limites particularmente no que se refere à reprodução tardia, um dos grandes desafios no universo da reprodução assistida.<sup>68</sup>

Ao deparar-se com a situação de infertilidade, qualquer que seja a causa, o casal e a mulher experimentam sentimentos conflitantes que vão da impotência diante do quadro clínico à frustração, passando pela vergonha de estarem apresentando um “problema” na dimensão reprodutiva. Eliane Vargas, através de um estudo realizado com mulheres inférteis oriundas das camadas populares no Rio de Janeiro e que buscavam a reprodução assistida, detectou que a concepção enquanto experiência corporal inscreve-se também na ordem simbólica e possui aspectos relacionais de gênero. Assim é que os atributos socialmente

---

<sup>67</sup> BADINTER, Elisabeth. *Um é o outro: relações entre homens e mulheres*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986, p. 262.

<sup>68</sup> RAMÍREZ-GÁLVEZ, Martha. Corpos fragmentados e domesticados na reprodução assistida. *Cadernos Pagu*, Campinas, p.83-115, dez. 2009, p.101.

vinculados à identidade feminina são constantemente colocados à prova, o que se traduz na emergência de um discurso religioso a permear a ocorrência da infertilidade, entre as suas pesquisadas. A apropriação popular do texto bíblico foi uma das formas utilizadas pelas mulheres para expressar a sua condição de inférteis. Aludem então às expressões “figueira seca” ou “figueira do inferno”, “árvore seca” como um signo marcador da sua condição. Justamente por conter a representação de um estigma, as mulheres recusam veementemente essa identificação que atingiria a sua esfera reprodutiva.<sup>69</sup>

Retomaremos nos próximos capítulos a discussão sobre a maternidade face às tecnologias reprodutivas conceptivas, objeto desta pesquisa.

#### **1.2.4 - A mãe ambivalente (e corajosa)**

As mães do século XXI têm encarado a maternidade e suas correlações de uma forma bem diferente, em alguns aspectos, das mães dos séculos precedentes. A realidade que a maternidade impõe no que diz respeito a sua vivência tem trazido à tona alguns aspectos cruciais, os quais conferem a essa experiência um caráter de ambivalência. Esse caráter sempre esteve presente, porém o que muda agora é a coragem de algumas mães de falar abertamente sobre tais questões e reconhecer que ser mãe não significa necessariamente “padecer no paraíso”. Aliás, questionam a existência do tal paraíso que lhes foi prometido, frente às mudanças corporais, psicológicas e as dificuldades que se impõem desde a gravidez, passando pelo momento do parto e pelos primeiros meses e até anos da vida de uma criança. A ideologia maternal apregoa que a maternidade é uma experiência única na vida de uma mulher; não a negamos; contudo, no universo da maternidade surgem maneiras ambivalentes de interpretar esse acontecimento, sem que obrigatoriamente este seja sinônimo de ponto absoluto da realização feminina. Neste sentido, algumas mães têm relatado a total transformação de seu estilo de vida e mesmo de sua identidade, do isolamento e do desgaste físico e emocional diante das demandas de um bebê e de outros filhos menores. Frente ao reconhecimento, por essas mulheres, dos sentimentos discrepantes que envolvem a maternidade, a ideologia maternal personificada nas instituições públicas e privadas, como a família, rebaterá com a inolvidável pergunta: “– Mas não sabiam que seria assim? Que uma

---

<sup>69</sup> VARGAS, Eliane Portes. Gênero e infertilidade na ótica feminina. In: BARBOSA, Regina Maria et al.(Org.). *Interfaces – Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, p.309-347, 2002, p.331.

criança tem muitas necessidades e depende da mãe para satisfazê-las?” O cerne da questão é um pouco mais além. Não se trata de negar os sentimentos de realização da maternidade, mas de demonstrar (e para isso é preciso ter muita coragem) que junto com a realização podem advir sentimentos intermediários como a decepção, o tédio, a angústia, até mesmo a raiva e que a percepção desses sentimentos – todos absolutamente humanos – não demoniza a mulher - mãe. Ao contrário, pode ser libertador. Não obstante, ao publicizarem a não plenitude absoluta com a experiência maternal, ainda recai sobre as mulheres – mães uma culpa sem precedentes: Freud não morreu e a biologia permanece como o destino feminino.

Dentre todas as mudanças geradas pela maternidade, as mães ambivalentes colocam o desamparo do recém-nascido como uma verdadeira “prova de fogo” pela qual têm de passar, pois necessitam estar à sua disposição todo o tempo possível se não para a troca de fraldas ou para a higiene diária, para a amamentação e para os cuidados com as cólicas e os refluxos. Por mais que possam contar com a ajuda externa do marido ou de outros parentes e empregados, a constatação de terem se tornado inteiramente responsáveis por outro ser traz para algumas mulheres certa vulnerabilidade emocional e o receio de sua possível incapacidade, pois esta é uma experiência que como todas as outras, só se pode viver, vivendo-a.

Algumas vozes femininas já começaram a ecoar no sentido de mostrar por elas mesmas, mulheres – mães, que a maternidade é mais um período da vida e uma experiência eivada de múltiplos significados. Eliane Brum, repórter da Revista Época é uma delas. Em um lúcido e belo texto, publicado no mesmo veículo, “dá a cara para bater ao falar da sua experiência pessoal”, como ela mesma diz (escreve), alegando ser importante ter espaço para falar desses sentimentos aparentemente contraditórios sem se sentir anormal ou má.<sup>70</sup>

## **1.2.5 - A mãe que recusa a maternidade**

### **1.2.5.1 - A recusa por opção – as *childfrees*<sup>71</sup>**

Uma sensível mudança vem se operando, em nosso século, nas sociedades ocidentais, na medida em que um número significativo de mulheres e casais tem optado por uma vida sem filhos. É um movimento que desvincula a noção de felicidade conjugal e constituição

---

<sup>70</sup> BRUM, Eliane. O bebê alien. *Revista Época*, 08/02/10. Coluna Notícias (Versão na web). Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI120681-15230,00-O+BEBE+ALIEN.html>>. Acesso em 05/11/15.

<sup>71</sup> *Childfree*, literalmente “livre de filhos” indica, como o próprio nome, a recusa e/ou a vontade de não ter filhos. O termo *childless* traduzido por “sem filhos” é incapaz de indicar a intencionalidade ou não da ação.

familiar à existência de uma prole. A taxa de fecundidade total das mulheres brasileiras pelo Censo 2010 apresentou um decréscimo: passou de 2,38 no ano 2000 para 1,90 em 2010. Esse índice está abaixo do nível de reposição (TFT=2,10 filhos), por mulher, exceção feita à Região Norte do país. Isto significa que existe, ou existirá, em um futuro próximo uma redução na população no país. Os resultados mostram ainda que a elevação da escolaridade e do rendimento diminui a fecundidade e à medida que se elevam os anos de estudo, o padrão etário da fecundidade torna-se mais tardio.<sup>72</sup>

Dados do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 revelam o aumento das unidades familiares formadas por casais sem filhos no período de 10 anos: de 14, 9% para 20,2%, nos anos 2000 e 2010, respectivamente, creditados às mudanças nas estruturas das famílias, maior participação da mulher no mercado de trabalho, baixas taxas de fecundidade e envelhecimento da população.<sup>73</sup> A tendência evidencia o aparecimento recente no Brasil de um fenômeno internacional descrito como DINK (Dual Income, No Kids) ou DINC (Duplo Ingresso, Nenhuma Criança). O termo DINC denota um arranjo familiar entre casais (heterossexuais ou homossexuais) que optam por não ter filhos. Por não possuir uma continuidade geracional incide uma discriminação social sobre esses casais, não só no Brasil, como em outras partes do mundo<sup>74</sup>. Qualquer que seja a razão da recusa por ter filhos, a opção desses casais demonstra que há inovadoras formas de relacionamento no contexto a dois, e que a felicidade não inexoravelmente tem de estar atrelada à presença de crianças no lar. É ressaltado por Badinter que existe uma grande heterogeneidade de experiências de mulheres não estéreis e sem filhos: de um lado existem aquelas no meio termo, que nem desejam e nem recusam, e colocam inicialmente a questão do filho em segundo plano e acabam por não concretizar tal projeto; há aquelas que gostariam de ter sido mães, mas não encontraram o parceiro adequado ou o encontraram tarde demais e finalmente

---

<sup>72</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985-3.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985-3.pdf). Acesso em 31/10/15.

<sup>73</sup> Censo Demográfico 2010 – IBGE- Família e Domicílio. Rio de Janeiro, 17 de outubro de 2011. Disponível em: [www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000010435610212012563616217748.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000010435610212012563616217748.pdf). Acesso em 31/10/15.

<sup>74</sup> Cf. ALVES, José Eustáquio Diniz; CAVENAGHI, Suzana Marta; BARROS, Luiz Felipe Walter. *A família DINC no Brasil: algumas características sócio-demográficas*. Rio de Janeiro: IBGE. Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2010. Disponível em: [biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49328.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49328.pdf). Acesso em 31/10/15.

há aquelas mulheres que se colocam como vítimas dos contratempos da vida, os quais impediram a realização do seu desejo.<sup>75</sup>

De todo modo, a inexistência ou mesmo a pequena oferta de políticas públicas voltadas para a mulher com ênfase na cooperação com a maternidade acabam por ser um fator que inibe a escolha das mulheres por tornarem-se mães ou limitam significativamente o número de sua prole. As poucas vagas disponíveis nas creches públicas brasileiras e mesmo a escassez de tais serviços de qualidade aliados a horários de trabalho pouco flexíveis e a não divisão igualitária das tarefas domésticas entre o casal igualmente concorrem para a diminuição do número de gestações na atualidade. Sob o mesmo prisma, as mulheres que recusam a maternidade sendo biologicamente férteis e “capacitadas” para a procriação (as *childfrees*), são vistas com desconfiança e qualificadas de egoístas e desnaturadas por ousarem se desviar das normas de feminilidade ainda impostas às mulheres e mais ainda, por colocarem em xeque a perpetuação da linhagem familiar. As não mães por opção sofrem ainda constantes constrangimentos e pressões por parte dos pais, familiares e amigos e frequentemente são instadas a justificar perante os demais as razões de suas escolhas. Como se sua negativa ocultasse sérias perturbações de ordem psicológica e até mental. Lançamos aqui a indagação de Badinter:

Finalmente escolher ser mãe ou não deve ser analisado em termos de normalidade ou de desvio? Nunca perguntamos sobre a legitimidade do desejo de filhos. Contudo, ninguém no mundo ignora os estragos da irresponsabilidade materna. Quantas crianças são postas no mundo para fazer papel de compensação, de brinquedo ou de acessório de suas mães? Quantas crianças maltratadas ou abandonadas que são consideradas perdas e ganhos da natureza?<sup>76</sup>

A cada uma ou a cada um a sua própria resposta.

#### **1.2.5.2 - A mãe que recorre à interrupção voluntária da gestação**

A legalização do aborto no Brasil é um assunto envolto em acirrados debates e polêmicas. As mulheres que recorrem a essa alternativa para evitar trazer ao mundo filhos indesejados sofrem variados tipos de coerções – da esfera moral à criminal. Durante longo tempo e até os dias de hoje, as mulheres tiveram seus corpos controlados pelo discurso religioso e pelo Estado, por meio das políticas demográficas. Rohden explica que a questão do

---

<sup>75</sup> BADINTER, Elisabeth. *O conflito: a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Record, 2011, p. 157.

<sup>76</sup> *Ibidem*, p.177.

aborto surgiu nas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro entre 1840 e 1931 e foi especialmente a partir da década de 1910 que o aborto criminoso passou a chamar a atenção dos médicos e alcançar posição de destaque nas teses, nos periódicos e em outras publicações. Para muitos médicos da época, o motivo para o aborto seria a depravação do meio social o qual conduziria as mulheres de distintas posições a tal prática. O entendimento dos médicos e intelectuais daquele período (e que se reatualiza) era que o produto da concepção não pertencia somente à mãe e sim também ao Estado, que, portanto, também deveria zelar pela sua vida e condenar esse ato. Tanto em relação ao infanticídio quanto ao aborto, a criminalização da mulher baseava-se na lesão que infligia à sociedade por suprimir da nação um indivíduo.<sup>77</sup>

Apesar do elevado número de abortos clandestinos realizados hoje no país, muitos em condições adversas de higiene e com desfechos não raro fatais para as mulheres, a interrupção voluntária da gravidez ainda é tratada como um caso de polícia. Nitidamente a prática está entrelaçada às desigualdades sociais próprias do Brasil na medida em que o maior número de abortos é proveniente das camadas socioeconomicamente mais desfavorecidas. As mulheres que podem pagar regiamente procuram clínicas particulares onde o procedimento é realizado sem alardes e intervenções legais de qualquer ordem. Os meios empregados para a realização do aborto variam amplamente conforme o contexto em que é realizado – desde a introdução de objetos pontiagudos no útero passando pela ingestão de chás de ervas abortivas ou ainda da ingestão ou da introdução no colo uterino de comprimidos da substância misoprostol (Citotec®), com finalidades de expulsão do conteúdo embrionário ou fetal.<sup>78</sup> Diante da ocorrência de complicações mediante os procedimentos realizados na clandestinidade e sem a assistência devida, como as hemorragias, perfurações ou roturas uterinas e infecções, as mulheres acabam por procurar os hospitais para finalizar o processo, geralmente com curetagem ou até com a histerectomia, a depender da gravidade do quadro. O Código Penal

---

<sup>77</sup> ROHDEN, Fabíola. *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 60, 65, 67.

<sup>78</sup> O misoprostol, princípio ativo do Citotec® foi primariamente produzido para o tratamento de úlceras gástricas na década de 1980 e era livremente comercializado nas farmácias na Europa, nos Estados Unidos e no Brasil. Essa medicação é um análogo sintético das prostaglandinas, substâncias de comprovada ação ocitócica, capaz de interromper a gravidez em qualquer estágio através das contrações uterinas. Cf. KATZUNG, Bertram G. *Farmacologia básica e clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1992. Com a divulgação de seu mecanismo de ação, este fármaco passou a ser utilizado como abortivo e desde então a sua comercialização só ocorre sob a clandestinidade.

Brasileiro (CPB) desde 1940 mantém a prática do aborto configurada como um crime passível de punição, exceto diante de duas situações: se praticado com o objetivo de salvar a vida da mãe ou se a gestação for o resultado de estupro (art. 128)<sup>79</sup>. Em 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) acrescentou que a interrupção da gravidez de um feto portador de anencefalia (um tipo de malformação do sistema nervoso central incompatível com a vida extrauterina) não tipifica crime pelo Código Penal Brasileiro e, portanto, pode ser realizado mediante a autorização da mulher.

Se na atualidade a gravidez é encarada como um evento pertencente ao plano privado e pessoal e construído nas relações entre os casais, no que tange ao corpo feminino, este permanece como sempre foi, propriedade do Estado laico e alvo constante do discurso religioso, quer católico ou evangélico. Na medida em que ter filhos hoje não representa mais, como outrora, dar filhos à Nação e engrossar a fileira de bens de produção para a sociedade capitalista, a procriação permanece atrelada ao destino feminino. Não possuir filhos ou não querê-los, ou mais grave ainda, tê-los e abandoná-los, torna a mulher suscetível às contundentes críticas, amaldiçoamentos e sobretudo à investigação. Todos querem saber e cobram as motivações de tais atos. Até que ponto trata-se de um crime ou de uma manifestação de loucura, indagam, sem cessar, os baluartes da moral e dos bons costumes?

A história da doméstica Sandra Maria dos Santos Queiroz, de 37 anos, foi exaustivamente propagada pela mídia em outubro de 2015 e debatida em cada rodinha de conversa, que são as redes sociais do século XXI. Sandra tornou-se conhecida por ter abandonado sua filha, um bebê de 24 horas de vida, em uma sacola ao pé de uma árvore no bairro de Higienópolis, área nobre de São Paulo, onde trabalha e reside. Sandra, massacrada pela opinião pública, ao ter tido o seu ato descoberto por meio de câmeras de segurança da rua, foi presa, conduzida à delegacia de polícia e “recepcionada” por uma verdadeira legião de repórteres e cinegrafistas. Diante da pergunta proferida em altos brados por um repórter, mediante a balbúrdia do lugar, dos motivos que a levaram a abandonar a sua filha, Sandra ainda responde: “- Desespero.” Uma única palavra incapaz de dar conta de uma situação limite e não certamente isenta de sofrimentos vivida por esta mulher, já mãe de dois filhos – um rapaz de 17 anos residente com a avó materna no interior da Bahia e uma menina de três anos mantida junto com ela na casa dos patrões. Sobre o pai, de prenome Edmilson, ninguém

---

<sup>79</sup> Brasil. *Código Penal*. Código Penal Brasileiro. Decreto-Lei 2848/1940. Brasília, DF.

foi capaz de perguntar. Identidade e paradeiro ignorados, Edmilson personifica os milhares de homens por este mundo afora que após uma relação sexual fortuita desaparecem sem sequer saber que poderiam ter se tornado pais; ou então, tornado pais mostram a face da omissão frente às (suas) responsabilidades parentais. Sandra, já sem passado, após o ato de abandono perde também todo o seu futuro. Um rosto, um nome, uma história, uma pessoa classificada de desavergonhada, maldita e louca. “Não é preciso ir longe para perceber como a sociedade brasileira trata uma mulher que transforma muitos punhados de desespero em uma montanha de coragem para fazer o que fez”.<sup>80</sup> As Sandras que o digam.

### **1.2.6 - A melhor mãe**

A melhor mãe começa a ser moldada antes mesmo da gravidez. A sua alimentação, que em grande parte das vezes já é plenamente satisfatória, em termos nutricionais, torna-se ainda melhor em virtude da ingestão de nutrientes necessários ao desenvolvimento do futuro bebê. A ingestão de álcool, ainda que em pequenas doses e o uso do fumo de cigarro são absolutamente proscritos, conforme as elucidações de diversos artigos científicos que associam o uso de tais substâncias aos riscos aumentados de prematuridade, baixo peso ao nascer, alterações neurológicas, síndrome alcoólica fetal e outros problemas. A prática de exercícios físicos, supervisionados por uma equipe multiprofissional, torna-se indispensável, não só antes como durante toda a gestação, cujos benefícios serão colhidos pela mãe e pelo bebê. Confirmada a gravidez, além do acompanhamento médico no período denominado de “pré-natal”, há o planejamento do enxoval, da decoração do quarto, a escolha do nome e outros detalhes afins. Até o clássico chá de bebê ganha ares de superprodução e transforma-se em um evento para reunir parentes e amigos em torno de presentes para o nascituro, com direito a serviço de bufê, bolo e música ao vivo. Recorremos à Badinter para problematizar as mudanças na concepção da maternidade nos nossos dias e os inevitáveis conflitos daí advindos. A autora pondera que, os anos 1970 foram marcados pelas reivindicações femininas em todas as esferas, sobretudo no que diz respeito à maternidade. As mulheres foram encorajadas a falar sobre as suas aspirações e desejos e também sobre as ambivalências da maternidade, contribuindo para dessacralizar essa esfera da vida. Contudo, passados 40 anos, diante da opção pela maternidade e sob a ideologia naturalista, a criança foi alçada ao patamar

---

<sup>80</sup> MORAES, Camila. *Um bebê abandonado em uma sacola “gourmet”*. São Paulo, 09 de outubro de 2015. Disponível em: <<http://brasil.elpais.com>> (versão web). Acesso em 31/10/15.



de primeiro lugar em todos os espaços. A criança sonhada exige não só uma mãe disponível, mas uma mãe que organize e viva a sua vida em torno primeiramente dela.<sup>81</sup>

Finda a gestação chega-se ao momento do parto. Há uma tendência atual, já consagrada em outros países da Europa, nos Estados Unidos e no Canadá, que recentemente chegou ao Brasil, de rejeição ao parto hospitalar e às intervenções cirúrgicas e instrumentais no momento do nascimento tanto para as mães quanto para os bebês.<sup>82</sup> Assim, o que se convencionou chamar de “parto natural” passa pela realização do ato de nascer em casa, ou ainda em hospitais, mas com o menor número de intervenções possíveis. A família deve estar presente, se a gestante o desejar, bem como a doula, cujo papel é apenas dar apoio moral e psicológico à mãe antes, durante e após o parto. A presença das doulas, que são mulheres sem formação específica e que atuam conforme as suas próprias experiências como mães, têm aumentado junto às gestantes e algumas iniciam o acompanhamento da grávida desde o início do processo, permanecem no momento do parto e muitas ficam até depois do nascimento.

A adoção do nascimento “saudável” e *natural* vem desde a década de 1970 na França, quando iniciaram-se os nascimentos em casa, porém o movimento a favor do Parto Humanizado e a própria emergência do conceito de violência obstétrica<sup>83</sup> são relativamente recentes no nosso país. No ano 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, cuja prioridade consiste em reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no Brasil. Para alcançar esse

---

<sup>81</sup> BADINTER, Elisabeth. *O conflito: a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Record, 2011, p. 133.

<sup>82</sup> As intervenções a que aludimos são o enema intestinal; a tricotomia – a raspagem dos pelos pubianos; a administração de ocitocina sintética para a gestante a fim de acelerar as contrações uterinas; a ruptura da bolsa amniótica; a episiotomia (um corte realizado na região perineal da mulher para facilitar a passagem da cabeça fetal pelo canal vaginal); a anestesia peridural contínua durante o trabalho de parto e a operação cesareana. Em relação ao bebê as intervenções são a aspiração nasotraqueal para a retirada de secreções das vias aéreas superiores e a credeização, que consiste na instilação de colírio de nitrato de prata nos olhos para prevenir a conjuntivite gonocócica.

<sup>83</sup> A definição de violência obstétrica envolve o abuso da medicalização e mesmo a patologização dos processos do parto que possam ocasionar a perda da autonomia e/ou da capacidade decisória das mulheres sobre os seus corpos. A Organização Mundial de Saúde (ONU) publicou em 2014 uma declaração contra a violência obstétrica intitulada: Prevenção e eliminação de abusos, desrespeitos e maus tratos durante o parto em instituições de saúde. (WHO/OMS/2014). Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\_RHR\_14.23\_por.pdf. Acesso em 08/11/15. Ainda sobre a temática da violência obstétrica praticada contra mulheres no parto e também por aquelas que passaram por um abortamento, ver: DOMINGUES, Sana Gimenes Alvarenga. *“Meu corpo me pertence?”* Maternidade, aborto e poder médico em Campos dos Goytacazes/RJ. Tese de Doutorado em Sociologia Política, Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, 2015.

objetivo, o Programa busca assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e também ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.<sup>84</sup> Em consonância com esta ação, o Ministério da Saúde instituiu em 2012 um pacote de ações, a serem gradativamente implementadas em todo o território nacional, para garantir o atendimento seguro e humanizado a todas as mulheres, desde o planejamento familiar até a gravidez, ao parto, ao puerpério (período de 28 dias após o parto) e até os dois primeiros anos de vida da criança. Esse novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança denomina-se Rede Cegonha. A Rede Cegonha oferece recursos para a ampliação dos exames de pré-natal, de teste rápido de gravidez e de detecção de sífilis e HIV; para a ampliação e qualificação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal; leitos de gestação de alto risco, assim como para a adequação da ambiência das maternidades e custeio de Centros de Parto Normal e Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas.<sup>85</sup> A validade e a amplitude propostas por essas iniciativas governamentais são inquestionáveis no sentido de assegurar a todas as gestantes e aos seus filhos o acesso a uma atenção à saúde digna e especializada na esfera reprodutiva e inserida também na perspectiva dos direitos de cidadania.

Assistimos hoje a vários debates e discussões acerca da humanização do parto, não só por parte do Estado, mas sobretudo por parte das próprias mulheres, dos profissionais de saúde e da mídia global. O documentário nacional intitulado “O Renascimento do Parto”,<sup>86</sup> lançado em 2013 transformou-se, desde então, sob muitas formas, no “catecismo” das novas e boas mães. Foi elaborado com depoimentos de várias mães, pais e de profissionais das mais variadas áreas de atuação – de médicos a antropólogos, versando sobre as experiências de cada mãe com o parto. Os profissionais envolvidos contam desde a história do parto e da sua

---

<sup>84</sup> *Programa Humanização do Parto e Humanização no Pré-Natal e Nascimento*. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/parto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/parto.pdf). Acesso em 02/11/15.

<sup>85</sup> A Rede Cegonha foi instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria nº 1459/GM/MS de 24 de junho de 2011. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em 02/11/15.

<sup>86</sup> O Renascimento do Parto é um documentário de Érica de Paula e Eduardo Chauvet, realizado por uma produtora independente e lançado em 09 de agosto de 2013. Há especulações que um novo filme intitulado “O Renascimento do Parto 2” estaria em fase de captação de recursos e com previsão para início de produção desde 2014. Essa nova versão abordará a violência obstétrica e a experiência de hospitais no Brasil que realizam o parto natural como o Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte, MG, além dos modelos de assistência ao parto na Inglaterra e na Holanda. Cf. [benfeitoria.com/ORP2/](http://benfeitoria.com/ORP2/). Acesso em 08/11/15.

medicalização até sobre os benefícios do chamado parto *natural* e humanizado. O filme convoca todas as mulheres a dizerem “não” ao intervencionismo médico no momento do parto a fim de resgatar o protagonismo feminino: as mulheres devem parir como e onde desejarem, sob a alegação de que esta é uma experiência ancestral e daí a não necessidade de medicalização. Os argumentos falam a favor da desvinculação da imagem de “incompetência” feminina e um consequente empoderamento da mulher. Ressalte-se a participação do obstetra francês Michel Odent, defensor e praticante do parto “natural” no Hospital de Pithiviers, na França. Odent acredita que, a liberação dos hormônios ocitocina e prolactina – aos quais denomina de “hormônios do amor” – no momento do parto seriam capazes, por si só, de estabelecer um vínculo de plenitude perene entre a mãe e a criança e também de criar uma espécie de recepção de boas-vindas para o bebê diante da sua chegada a esse mundo inóspito. A sua frase: “Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer”, foi utilizada muito providencialmente como o slogan do filme.

Em que pese toda a aclamação que o documentário recebeu, por parte do público interessado, matizemos: os elevados índices de operação cesariana no Brasil, realizada sobretudo nos hospitais e clínicas particulares e a elevada mortalidade materno-infantil são uma realidade amplamente reconhecida inclusive pela própria Organização Mundial de Saúde (OMS). Contudo, há que se ter cautela sobre a repercussão de um documentário que não espelha a situação da maior parte das mulheres do país, as quais sequer possuem acesso ao número mínimo de consultas e de exames pré - natais preconizados pelo Ministério da Saúde. Mulheres que sequer dispõem de acesso a exames preventivos referentes à saúde feminina, como o Papanicolau e a mamografia, para a prevenção e detecção de câncer de colo uterino e de mama, respectivamente, responsáveis pela elevada morbi- mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil. Tampouco o documentário abordou a situação de milhares de crianças que nascem com o vírus HIV, causador da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Humana) e com sífilis congênita em pleno século XXI, pois os depoimentos trazidos dizem respeito às mulheres das camadas sócio- econômicas mais favorecidas, que certamente nunca precisaram dormir em uma fila da unidade de saúde para conseguir uma senha de atendimento para o dia seguinte, quiçá para o próximo mês. Essas poucas privilegiadas podem se dar ao luxo de contar com o acompanhamento de uma doula, além da assistência obstétrica especializada no período pré e pós-natal e ainda podem escolher como vão parir: se na sua casa, de cócoras, se numa banheira ou ao pé de uma árvore. É importante considerarmos o empréstimo de

modelos de assistência à saúde diretamente dos países desenvolvidos, onde a realidade é completamente diversa do Brasil, inclusive no que se refere ao acompanhamento da saúde reprodutiva feminina, sem fazer as considerações necessárias.

A outra face do modelo de parto indispensável às melhores mães é o ritual do nascimento. Na era do agigantamento das mídias sociais, o ato de nascer também se transformou em um espetáculo. Existem desde maternidades que possuem em suas dependências um auditório para a exibição em tempo real do nascimento, possibilitando aos familiares participarem desse momento, até aquelas em que o berçário é dotado de câmeras e o bebê pode ser minuciosamente “monitorado” em tempo integral por meio de um circuito interno de TV. Entre um brinde de champanhe e outro (sim, algumas maternidades permitem as festinhas em *petit-comité*), em comemoração ao tão ansiado nascimento, flashes são disparados a todo o momento e postados sem parar nos instagrans, facebook e whatsapps da vida – no século XXI não basta ser mãe. Tem que publicizar. Ainda no quesito festa, cerca de dois a três meses após o nascimento da criança, é chegado o momento do chá de apresentação do bebê, evento geralmente oferecido pelas avós materna ou paterna do rebento. Segundo as melhores mães, trata-se apenas de uma pequena cerimônia para receber os parentes e amigos que não puderam ou não quiseram visitá-los na maternidade por ocasião do nascimento. A mãe, já nitidamente mais esbelta, a criança bem nutrida e adaptada e o pai só ternura são a imagem do que eu chamo de “família margarina” – a partilha de uma indisfarçável alegria.

Quanto à alimentação dos bebês, a melhor mãe, premida pela ideologia naturalista, oferece sempre e a qualquer tempo o que o bebê deseja: o seu próprio leite. As críticas às fórmulas infantis e aos demais leites industrializados têm aumentado nas últimas décadas à luz de vários estudos clínicos comprobatórios, sobre a inadequação deste alimento para crianças nos primeiros anos de vida. Em contrapartida, os benefícios do leite materno estão sendo amplamente divulgados, tais como as suas propriedades nutricionais, imunológicas e preventivas de um variado número de afecções, e sobretudo como uma prática de formação e fortalecimento de vínculos afetivos entre a mãe e o bebê. Neste sentido, foi estabelecida desde 1992 pela World Alliance for Breastfeeding Action (WABA), a Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM), que conta com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO). Comemorada entre os dias 1 a 7 de agosto, o evento anual já envolve cerca de 130 países e tem como objetivo o fortalecimento da

mobilização social em prol da importância e da divulgação das boas práticas da amamentação. No Brasil, as campanhas são coordenadas pelo Ministério da Saúde (MS) e contam com a adesão da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e de suas seccionais regionais. A mensagem dirigida à melhor mãe é inequívoca e acaba por transformar-se em uma missão sagrada: amamente o seu bebê porque graças ao seu leite e ao seu amor, ele crescerá forte, saudável e terá um desenvolvimento biopsicossocial harmônico. Sem olvidar a importância e a validade do aleitamento materno, importa tecer algumas reflexões acerca das mulheres-mães que, por diversas razões, não podem ou mesmo não desejam amamentar – seja em tempo integral ou em tempo parcial – o seu bebê conforme as recomendações. Há uma nítida tendência por parte dos profissionais da área de saúde, principalmente entre os médicos pediatras (e aqui eu faço a *mea culpa*), a pressionar e até mesmo a condenar as mães que não amamentam. Como mulher, médica e também mãe, pondero que é necessária uma séria reflexão e um movimento a favor de ao menos ouvir e tentar entender as razões da mãe que não amamentou ou não amamenta. Rotulá-las simplesmente de mães relapsas ou inconsequentes é apenas o caminho mais fácil e a meu ver, inconcebível para um (a) profissional da saúde. Oferecer compreensão, empatia e sobretudo respeito quanto às decisões individuais de cada ser humano é um exercício indispensável a todos, ainda mais aos profissionais dessa esfera de atuação, sob pena de transformar um ato que deveria ser espontâneo em pura e simples tirania.

### **1.2.7 - Enfim, as mães possíveis**

Ao findar o presente capítulo, que se iniciou pela História da maternidade e na figura da mulher-mãe, intimamente vinculados, não desejei tingir de negras cores a situação feminina através do tempo, como à primeira vista poderia parecer. Em outra parte deste trabalho mostrarei, através das diversas fases e momentos do Movimento Feminista, as formas de luta de resistência feminina, as quais sempre aconteceram, em todos os momentos da História, mas que foram por longo tempo propositadamente eclipsadas e apenas nos dois últimos séculos têm emergido de forma efetiva. Não obstante as estratégias da luta feminista muito ainda há para ser realizado no que tange às questões femininas nas mais variadas esferas. As mulheres continuam sendo violentadas, espancadas e assassinadas nas suas casas, no seu trabalho, nas ruas, na maior parte das vezes por seus companheiros ou namorados, sob o já gasto argumento da “legítima defesa da honra”, ou porque não se comportaram conforme

os ditames androcêntricos vigentes. O ritual da cliteridectomia ainda persiste em muitas aldeias africanas, impingindo às meninas pré-púberes a dor física e moral da amputação de uma parte de si mesmas. As mulheres afegãs continuam a ter seus dedos decepados se forem flagrados pintados com esmalte e a proibição do aprendizado ou do exercício de uma função fora do lar mantém-se em uma lógica perversa que aprisiona a mulher em seu corpo.

O que dizer a respeito das mulheres-mães que em pleno século XXI ousam recusar a maternidade? Sob a acusação de egoístas, desnaturadas e mães “más”, elas são instadas todo o tempo a adequar-se ao seu “papel” socialmente pré-determinado antes mesmo da sua concepção e de sonharem em vir ao mundo. A maternidade para muitas mulheres- mães permanece como sinônimo de sacrifício e abnegação em prol dos seus filhos e da família. É oportuno registrar aqui a fala de Elisabeth Badinter, proferida em tom contundente, mas que nos faz refletir com profundidade:

Na verdade, não existem dois modos de viver a maternidade, mas uma infinidade, o que impede de falar de um instinto baseado no determinismo biológico. Este depende estritamente da história pessoal e cultural de cada mulher. Embora ninguém negue a imbricação entre natureza e cultura, nem a existência dos hormônios da maternagem, a impossibilidade de definir um comportamento materno próprio à espécie humana enfraquece a noção de instinto e, com ela, a de ‘natureza feminina’.

Chegamos ao século XXI. Os tempos mudaram? Definitivamente Rousseau não morreu.

## CAPÍTULO 2 – A CONTRIBUIÇÃO DO MOVIMENTO FEMINISTA NA CONSTRUÇÃO DA MATERNIDADE

Iniciarei no presente capítulo uma discussão acerca da contribuição do movimento feminista na construção da maternidade e também no campo das tecnologias reprodutivas conceptivas. Esses temas têm sido privilegiados pelo feminismo justamente devido ao desenvolvimento e à difusão das biotecnologias, sobretudo àquelas vinculadas ao campo da procriação, como as diversas técnicas de reprodução assistida. Assim, a discussão referente à desarticulação das dicotomias relativas à noção de natureza x cultura, sujeito x objeto, mente x corpo; bem como a maternidade em todos os seus aspectos estão na pauta da reflexão teórica feminista desde sempre. A opção por este referencial teórico – o campo dos estudos feministas – revela-se como uma tentativa de colocar-me em um lugar plural, uma vez que múltiplas visões e perspectivas emergem desse campo de estudos interdisciplinares e dão lugar a diálogos e reflexões instigantes, o que só contribui com a sua riqueza teórica. Como sublinha Scavone, “falar de uma *sociologia feminista* é considerar que estamos tratando de uma sociologia que faz uso das teorias feministas ou de uma ciência que é capaz de dialogar com essas teorias e considerar suas diversas matrizes teóricas.”<sup>87</sup> Assim, no plano conceitual, o universo da teoria feminista contemporânea dialoga criticamente com outros saberes, como com o marxismo, com o estruturalismo, com a psicanálise, com o pós-estruturalismo e com outras vertentes. Os feminismos, ainda que múltiplos e diferentes em suas trajetórias abordam questões que não dizem respeito exclusivamente às mulheres. Ao contrário, trazem à tona questões eminentemente políticas e que portanto, interessam a ambos igualmente – homens e mulheres e também a todo o meio social.

Na atualidade a contribuição teórica do feminismo tornou-se incontestável, porém isso nem sempre foi assim. Na verdade, ainda permanece em certos meios acadêmicos alguma resistência às abordagens teóricas feministas no sentido de considerá-las como genuinamente científicas. A contribuição feminista na produção do conhecimento reside na crítica às noções de objetividade e de neutralidade que até então atestavam a veracidade desses conhecimentos, em busca de um novo olhar teórico sobre a produção acadêmica que fosse capaz de

---

<sup>87</sup> SCAVONE, Lucila. Estudos de gênero: uma sociologia feminista? *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.1, n.16, p.173-186, jan./abr.2008, p.174.

problematizar as relações entre os sexos para além das análises que privilegiavam o sujeito branco, masculino e heterossexual como o ser universal. Assim, a epistemologia feminista da ciência ao colocar a mulher na posição de sujeito ante o saber científico suscita questões políticas e principalmente de poder e dá passagem a abordagens não totalizantes.<sup>88</sup> Diante do exposto, a utilização da teoria feminista e da categoria gênero como arcabouços teóricos desse trabalho é uma proposta de conceber a produção do conhecimento que creio ser emancipadora, no sentido de trazer ao debate outras possibilidades interpretativas acerca das construções e percepções de maternidade, paternidade, família no século XXI, à luz das tecnologias reprodutivas conceptivas ensejadas pela medicina, pela biologia e pela engenharia genética.

Conceituar o feminismo, ou melhor, os feminismos, não é uma tarefa das mais fáceis devido ao seu próprio caráter de pluralidade. Contudo, enquanto um movimento de libertação, o feminismo busca, em sua prática superar as relações dentro das formas tradicionais, pautadas na assimetria e na hierarquia entre os sexos. Como nos define Carla Cristina Garcia:

O feminismo pode ser definido como a tomada de consciência das mulheres como coletivo humano, da opressão, dominação e exploração de que foram e são objeto por parte do coletivo de homens no seio do patriarcado sob suas diferentes fases históricas. Além de ser uma teoria política e uma prática social o feminismo é muito mais. O discurso, a reflexão e a prática feminista carregam também uma ética e uma forma de estar no mundo.<sup>89</sup>

Para a melhor compreensão da articulação entre feminismo e maternidade e a reprodução assistida, importa primeiramente traçar um panorama acerca da trajetória do movimento em âmbito mundial e também no Brasil, tarefa na qual me deterei nas próximas páginas.

---

<sup>88</sup> Sobre uma reflexão a respeito da epistemologia feminista e a concepção predominante de ciência, ver: SCHIENBINGER, Londa. *O feminismo mudou a ciência?* Bauru, SP: EDUSC, 2001; FARGANIS, Sondra. O feminismo e a reconstrução da ciência social. In: JAGGAR, Alison M., BORDO, Susan R. *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997.

<sup>89</sup> GARCIA, Carla Cristina. *Breve história do feminismo*. São Paulo: Claridade, 2011, p.13.



## 2.1 Breve Histórico do Feminismo

A denúncia a respeito das múltiplas facetas da dominação masculina e as lutas para a afirmação da igualdade das mulheres datam de muitos séculos, como podemos perceber desde a Antiguidade greco-romana. Na Grécia, a mulher tinha como função primordial a reprodução da espécie, não apenas no que se refere à geração, criação e amamentação das crianças, mas sobretudo no sentido da produção de bens de subsistência, como o trabalho agrícola, a fiação e a tecelagem. A ideia de cidadania para os gregos excluía do mundo do conhecimento, da filosofia, da política e, portanto, da esfera pública, os escravos, os estrangeiros e as mulheres. A exceção eram as hetairas, mulheres gregas às quais era permitido o cultivo das artes com o fim de torná-las companheiras agradáveis para os homens. A civilização romana, por sua vez, legitimou juridicamente o poder masculino por intermédio do Pátrio Poder, exclusivo do *pater familias*. O poder do *pater familias* era absoluto, de vida e de morte sobre todos que estivessem sob a sua guarda, desde os filhos, passando pela esposa, escravos e até as pessoas livres, que através da venda, poderiam passar de um *pater familias* a outro. Portanto, as pessoas submetidas ao poder do *pater familias* não possuíam capacidade jurídica, o que confirmava a inferioridade feminina também na sociedade romana.

Durante a Idade Média, o poderio do marido e do pai sobre a família foi propagado e sustentado graças a alguns discursos que se entremeavam, a saber: o legado filosófico aristotélico da autoridade natural, o da teologia cristã e o legado político. Retomando Aristóteles, a autoridade do homem era legítima porque se ancorava na desigualdade *natural* entre os seres humanos. Como a mulher, do ponto de vista metafísico encarnava o princípio negativo, o da matéria, não tinha, portanto, capacidade de deliberação. A sua única virtude moral era obedecer ao Pai-marido- Senhor, em virtude da semelhança daquele com o princípio divino da forma e conseqüentemente da inteligência. A teologia cristã, por sua vez, justificava a autoridade paterna e marital sob a invocação do *Gênesis* e da Epístola de São Paulo aos Efésios. Ao sucumbir à tentação demoníaca no mito da criação, Eva personifica a figura feminina como o Mal, que necessitava constantemente ser domada e vigiada. A prescrição da moral eclesiástica mantinha-se com São Paulo, para quem o homem, por ter sido criado antes da mulher, deveria ser o chefe do casal. Ao corroborar o poder do pai e do marido como uma delegação dos poderes de Deus, cabia à mulher a sujeição a toda masculinidade. Por outro lado, a teologia medieval secundada pela oscilação da figura feminina entre Eva, a pecadora e denegrida, e Maria, o ideal de pureza a ser exaltado, exerceu

todo o seu poder sobre o corpo feminino no que se refere à moralidade e aos usos desse corpo. O ápice dessa posição eclesiástica, no século XVI, se traduziu na perseguição implacável dirigida às mulheres no período conhecido como “caça as bruxas”. As mulheres, secularmente detentoras dos saberes relativos à saúde dos povos com o manejo das ervas e da procriação, foram duramente perseguidas e queimadas nas fogueiras da Inquisição sob acusação de bruxaria e de práticas maléficas.

Outro discurso fundado sobre o absolutismo político dos reis foi professado na Idade Média, notadamente por Bossuet, que fez da autoridade política um direito divino: se o rei é a imagem do pai- Deus na terra, conseqüentemente o pai de família reveste-se da imagem divina junto ao seu clã, a quem são devidos todos os direitos e toda a obediência.<sup>90</sup> Neste ponto cumpre ressaltar que houve uma discrepância entre a representação simbólica do papel feminino e da sua posição concreta, na Idade Média. Antes da reintrodução dos princípios da Legislação romana, ou seja, durante os primeiros séculos desse período, as mulheres gozavam de alguns direitos, garantidos pela lei e pelos costumes. Como na Idade Média havia uma disparidade na distribuição da população quanto ao sexo, observava-se um predomínio do contingente feminino adulto. Com os homens ausentes, envolvidos em constantes guerras ou viagens, ou ainda recolhidos à vida monástica, as mulheres frequentemente assumiam os negócios da família. Assim, quase todas as profissões eram-lhe facultadas como, por exemplo, o acesso às corporações de ofício como aprendizes. Apesar de se concentrarem nas profissões “femininas” como a costura e a tecelagem, havia mulheres que exerciam os ofícios “masculinos” da carpintaria e da serralheria. Igualmente as mulheres podiam exercer o direito de propriedade e de sucessão, não sendo incomum uma herdeira gerir sua própria fortuna, mesmo que casada.<sup>91</sup>

No cenário da “Idade das Trevas” destacou-se a figura de Christine de Pizán, que no século XIV escreveu a obra intitulada *A Cidade das Mulheres*, um fato totalmente inovador, por ter partido de uma mulher. Considerada por alguns teóricos como a precursora de um proto feminismo, Pizán elaborou um consciente discurso que rebatia a autoridade masculina dos grandes pensadores da época ao refutar as explicações naturalistas para a pretensa inferioridade feminina. Ao reconhecer que a desigualdade de posições entre as mulheres e

---

<sup>90</sup> BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985, p. 32-42.

<sup>91</sup> ALVES, Branca Moreira; PITANGUY, Jacqueline. *O que é feminismo*. São Paulo: Brasiliense, 1981, p. 16.

homens era devida efetivamente às condições sociais vigentes, a autora levantou-se em defesa dos direitos da mulher no sentido da igualdade entre os sexos. Uma das posições por ela explicitada era a necessidade de se oferecer às mulheres uma educação idêntica à dos homens, e capaz de promovê-las à condição de sujeitos dotados de todas as qualidades valorativas como a inteligência e a força, até então atributos exclusivamente masculinos. Registre-se ainda outro aspecto relativo à participação das mulheres no sentido de sua própria emancipação. Badinter destaca que desde o início do século XVII surgiu nos salões franceses um movimento denominado de Preciosismo, um misto de corrente literária com um movimento libertário de ideias. A renovação dos costumes em direção a uma nova civilidade foi então encampada pelas mulheres da aristocracia e da burguesia, as preciosas. Consideradas por muitos teóricos como as primeiras feministas, essas mulheres bem posicionadas financeira e socialmente reivindicavam o acesso à educação intelectual e à cultura fornecidas aos homens. As preciosas, adeptas da livre expressão do amor enquanto uma qualidade do espírito colocavam-se contra o casamento e a maternidade – uma das causas da sujeição feminina. Inconformadas com os valores sociais e jurídicos da época, essas mulheres destemidas e vanguardistas angariaram ferrenhos adversários e foram ridicularizadas e expostas às zombarias.<sup>92</sup> Ainda no século XVII, antecipando-se ao Iluminismo, o filósofo Poulin de La Barre publicou um ensaio em que defendia a educação das mulheres como uma solução para a desigualdade entre os sexos.

O século XVIII foi um período histórico marcado pelo desenvolvimento científico e técnico oriundo das diversas revoluções burguesas, desde as de cunho político com a derrubada do Absolutismo para dar lugar aos ideais da República, até a Revolução Industrial que representou uma completa reformulação nas formas tradicionais de produção até então existentes. O Movimento Iluminista gerou na sociedade o ensejo de lutar para mudar a ordem estabelecida pelo Antigo Regime, baseado nos ideais de liberdade e igualdade. Neste contexto, retomamos novamente a figura de Jean- Jacques Rousseau como um dos principais teóricos de período. Embora defendesse as ideias liberais de distribuição igualitária do poder entre todos os indivíduos da sociedade, ele advogava que em nome da felicidade geral da nação as mulheres não deveriam ocupar espaço na vida pública. Para o filósofo, a mulher deveria circunscrever-se ao âmbito doméstico e dedicar-se exclusivamente ao cumprimento

---

<sup>92</sup> BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. P. 106, 107.

dos deveres do lar e da maternidade, pois que seriam governadas pelas paixões. Ao representar uma tendência perigosa ao bom funcionamento da sociedade, a mulher no ideal rousseauiano teria como único destino possível o domínio doméstico, e ao abandoná-lo corria o risco de tornar-se infeliz. Esse discurso dominante propagado durante toda a Revolução Francesa foi compartilhado por outros intelectuais e homens públicos da época, como Amar, Prudhomme e Chaumette<sup>93</sup>. Contudo, outra corrente filosófica das Luzes representada por Condorcet opunha-se a Rousseau. Condorcet, adepto da primazia do gênero sobre o sexo, via as mulheres como uma parte integrante da humanidade, e como tal, deveria ser considerada um ser dotado de razão, como o homem e gozar, portanto, dos mesmos direitos civis e políticos. Ele pleiteava ainda o direito das mulheres à instrução pública favorável à igualdade entre os sexos: as meninas e os meninos deveriam estar lado a lado nos bancos escolares, bem como os ricos e os pobres. Condorcet por ter apresentado um pensamento totalmente avesso à mentalidade do período, não foi compreendido e conseqüentemente, possuiu poucos adeptos.

A Proclamação dos Direitos do Homem e do Cidadão em 1791, no bojo da Revolução Francesa descortinou as premissas de igualdade e de universalidade do Iluminismo, porém imediatamente as mulheres se aperceberam excluídas desse projeto. Aliás, embora a historiografia tradicional não lhes tenha oferecido a devida visibilidade, as mulheres fizeram-se ouvir durante a Revolução. Algumas, mulheres anônimas e do povo, como lavadeiras, lojistas, feirantes, reagiram frente aos períodos de miséria e lideraram vários motins contra esse estado de coisas, no início da Revolução. Ao participar das ações políticas, elas tomaram para si a consciência da sua responsabilidade social: além do pão elas lutavam pelo ideal de liberdade. Outras mulheres representadas por Olympe de Gouges, Theróigne de Méricourt, Claire Lacombe e Etta Palm, por serem mulheres livres e ainda mais, revolucionárias, tornaram-se marginais devido à ruptura com o seu meio e com a sua condição. Elas reuniam-se em agremiações e clubes femininos, empenhadas nas lutas pelos direitos civis e políticos, como o direito à instrução formal, ao trabalho remunerado, ao divórcio e ainda o direito de propriedade. Premida por essa situação, Olympe de Gouges, em 1791 redigiu a Declaração dos Direitos da Mulher, documento nos moldes da Declaração Universal dos Direitos do

---

<sup>93</sup> Para melhor compreensão do lugar da mulher na sociedade francesa durante a Revolução sob a ótica masculina revolucionária, reportar-se a BADINTER, Elisabeth. *Palavras de homens (1790-1793)*: Condorcet, Prudhomme, Guyomar... Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.

Homem, porém redigida no feminino. O ato conclamava todas as mulheres a exigir a efetivação dos seus direitos que estavam sendo preempitoriamente negados – se as mulheres nasciam livres e iguais aos homens, deveriam gozar dos direitos inalienáveis de liberdade, de oposição à dominação masculina e também dos direitos políticos de participação nas eleições. No que tange à família a Revolução Francesa acarretou profundas mudanças, pois limitou o poder paternal e o poder marital. No plano concreto, as mulheres da França revolucionária apesar de ter transposto diversos obstáculos, obtiveram algumas conquistas, como a instituição do casamento civil e o direito ao divórcio. No entanto, não sem retaliações e duras penas: Olympe de Gouges, uma das grandes personagens da Revolução Francesa, acabou por ser guilhotinada em 1793, sob a acusação de ter desejado ser um homem político e ter se esquecido das virtudes próprias do seu sexo<sup>94</sup>. Paradoxalmente, o decorrer da Revolução Francesa representou uma derrota para o incipiente feminismo. As sociedades e clubes femininos foram fechados em 1793 e em 1794 foram proibidas toda e qualquer presença feminina nas assembleias políticas, sob ameaças de serem levadas à guilhotina. As mulheres mais resistentes à nova ordem receberam o codinome de monstros- fêmeas, por estarem descumprindo o seu papel socialmente pré-determinado. Houve um reavivamento do discurso legitimador da exclusão feminina baseado na diferenciação desses papéis sociais. A este respeito reporto-me à Prudhomme, um dos homens do período revolucionário:

Já o dissemos e incomoda-nos sermos obrigados a repeti-lo; cada sexo tem seus deveres bem especificados, e os costumes sempre sofrem quando um dos dois sexos usurpa as atribuições do outro: a cada um suas funções, seus hábitos, seu tipo de vida. As leis da modéstia confinam as mulheres em suas casas, ou no seio de suas famílias. São plantas benfazejas, mas delicadas, que não devem sair da estufa e se expor às tempestades da publicidade. Seus deveres domésticos já são bastante multiplicados, sem que ainda lhes sejam impostos aqueles da supervisão de tudo o que se passa fora de casa. As mulheres devem ter a religião de suas famílias e destas adotar todos os princípios políticos, sem procurar discuti-los demais.<sup>95</sup>

O Novo Código Civil Napoleônico instaurado por ocasião da República, em 1804, consagrou a situação de menoridade feminina ao condenar as mulheres à total incapacidade

---

<sup>94</sup> Cf. SCOTT, Joan W. *A cidadã paradoxal: as feministas francesas e os direitos do homem*. Florianópolis: Editora Mulheres, 2002.

<sup>95</sup> BADINTER, Elisabeth. *Palavras de homens (1790-1793): Condorcet, Prudhomme, Guyomar...*Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991, p.77.

civil: elas não poderiam doravante exercer uma profissão ou mesmo ter o direito de gerir as suas propriedades. As pesquisas de paternidade foram proibidas a fim de evitar os conflitos de sucessão de herança. Ao “proteger” a vida privada, os ditames do Código ocultavam ainda dos olhos dos juízes as violências domésticas ocorridas. Ademais, estabeleceu severas punições para as mulheres em caso de adultério, em uma clara demonstração de que o corpo feminino não lhes pertencia.<sup>96</sup> A partir desse momento as mulheres francesas amargaram uma espera de mais de um século para virem concretizar o seu direito ao voto.

Os ventos da renovação chegaram também à Inglaterra e em 1792 Mary Wollstonecraft publicou *A Vindication of the Rights of Woman* e lançou a partir de então as bases do feminismo moderno. Mary, defensora dos princípios rousseauianos relacionados aos direitos *naturais* dos indivíduos, defendia a igualdade entre os homens e as mulheres, a emancipação econômica e necessidade da participação política feminina. Para Wollstonecraft, a ideia de inferioridade das mulheres não era imposta pela natureza, mas unicamente fruto de sua educação, e era, portanto, uma construção social. Daí advinha o direito à formação intelectual feminina como uma forma de alcançar a igualdade entre os sexos. Da educação igualitária nasceria o progresso da sociedade. Vimos assim, que as primeiras lutas feministas pautavam-se no direito à educação, ao trabalho e sobretudo ao voto feminino. Quase três décadas depois de Wollstonecraft, também na Inglaterra, John Stuart Mill, filósofo liberal, publicou uma obra em coautoria com a sua companheira, Harriet Taylor, a favor da emancipação e do sufrágio feminino. Em 1869, Mill escreveu outro trabalho – *A Sujeição das Mulheres* – em que alertava sobre a submissão feminina e comparava essa condição à servidão feudal. Para combater a dominação masculina, ele preconizava o acesso das mulheres à instrução, o direito ao trabalho remunerado, ao voto e ainda à dissolução dos casamentos legítimos por meio do divórcio.<sup>97</sup>

A consolidação do Sistema Capitalista no século XIX provocou profundas transformações no processo produtivo principalmente no que diz respeito à organização do trabalho. O desenvolvimento da maquinaria afetou profundamente o trabalho feminino, deslocando-o dos domicílios para as fábricas. As mulheres passaram a competir com os homens pelos postos de trabalho e tornaram-se alvo de situações de exploração. Cada vez

---

<sup>96</sup> KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des mères et de la maternité en Occident*. Paris: Press Universitaires de France, 2000. (Versão digitalizada – E-book).

<sup>97</sup> MILL, John Stuart. *A sujeição das mulheres*. Coimbra: Almedina, 2006.

mais as diferenças de posições entre homens e mulheres no mercado de trabalho foram se agudizando. Além dos menores salários pagos às mulheres, a dupla jornada, a sua marginalização nos processos decisórios nos seus locais de trabalho e a precariedade das leis de proteção à maternidade compunham o cenário das discriminações que lhes eram impostas. A industrialização viu nascer a mãe que trabalhava de 12 a 14 horas diárias em condições insalubres e degradantes e ao retornar ao “lar” estava extenuada<sup>98</sup>. Nas regiões industriais abundavam as moradias infectas e decadentes, onde reinavam a miséria e as crianças criadas à solta, nas ruas, sem supervisão e cuidados de adultos. Por outro lado, o número de nascimentos ilegítimos crescia por toda a Europa, de par com a recrudescência dos infanticídios e do crescimento da “indústria” de nutrizas mercenárias.

Os homens e as mulheres operários juntaram-se em organizações sindicais para reivindicar melhores condições de trabalho, como salários mais justos e menores jornadas laborais. Nesse contexto, os movimentos sociais emancipatórios, como o socialismo e o anarquismo, eclodiram no século XIX, juntamente com as lutas feministas que congregaram, além das reivindicações específicas, os direitos humanos e civis. A situação da infância abandonada a si mesma e negligenciada e da família operária popular imersa na promiscuidade das habitações e dos costumes faz surgir uma nova preocupação com os seres mais vulneráveis – a mulher e a criança. A aproximação desses dois polos deu-se através dos meios científicos: é a partir da filantropia que surgem os auxílios e as doutrinas dos cuidados com o corpo. Os socialistas do século XIX uniram-se às damas benfeitoras da alta sociedade e às religiosas e fundaram diversas instituições dedicadas ao abrigo, ao cuidado e à educação das crianças que vagueavam pelas ruas. É interessante percebermos que as doutrinas de proteção à infância surgidas no fim do século XIX vieram *pari e passu* com a inculcação das atitudes de cuidados domésticos, de ordem e de disciplinamento dirigidas às mulheres-mães a fim de convertê-las aos novos princípios da higiene e da puericultura. As mulheres assalariadas serviram de isca na disseminação dessa tendência de policiamento social, poderíamos dizer, pois que elas poderiam ajudar a reverter a desordem que se espalhava. Knibiehler expõe que os conceitos que inspirariam futuramente o surgimento do Estado-Providência, como a licença-maternidade e o salário família datam dessa época. Outro ponto a ser realçado por essa autora diz respeito à participação feminina. As senhoras das altas rodas

---

<sup>98</sup> ALVES, Branca Moreira; PITANGUY, Jacqueline. *O que é feminismo*. São Paulo: Brasiliense, 1981, p.36,37.

inicialmente prestaram seus serviços às famílias pobres de forma benevolente, contudo, o acúmulo de suas experiências gerou a necessidade de especializações profissionais e possibilitou a essas damas saírem ainda mais dos seus próprios lares. A partir daí novas ocupações femininas, como enfermeiras visitadoras e assistentes sociais, surgiram e estenderam-se às mulheres de todas as classes sociais, em uma aliança- auxílio com os médicos.<sup>99</sup> A maior participação das mulheres na vida pública foi relevante para a formulação das reivindicações femininas.

O socialismo utópico, nas figuras de Saint- Simon, Fourier e Stuart Mill e também o socialismo marxista trouxeram em suas formulações a emancipação do proletariado, bem como a emancipação das mulheres. O socialismo marxista influenciou sobremaneira as questões feministas e forneceu uma nova explicação acerca da opressão das mulheres: a causa seria econômica. Para Friederich Engels, a origem da submissão feminina não estaria na capacidade biológica da mulher como reprodutora, mas na origem da propriedade privada e na sua exclusão da esfera social. A estratégia de emancipação feminina estaria assim, na sua independência econômica. Um pensamento feminista plural se estabeleceu no século XIX congregando feministas diversas, como Flora Tristán, escritora representante do feminismo utópico até feministas marxistas como Alexandra Kollontai, na Rússia, Clara Zetkin, na Alemanha e a anarquista norte- americana Emma Goldman. Tristán mostrou-se bastante original nos seus escritos ao centralizar a condição da mulher operária no âmbito da família proletária. Ao propor a necessidade de união entre os operários e a ação conjunta entre homens e mulheres pautada nas necessidades da família operária, ela já vinculava a opressão de classe e de gênero.<sup>100</sup>

Dentre todas as socialistas feministas, Alexandra Kollontai e Emma Goldman assumiram posições inovadoras para a época, no sentido de defender que a liberação das mulheres só seria possível mediante as mudanças nas relações sociais. Assim é que Kollontai defendia em prol da emancipação feminina a igualdade salarial entre homens e mulheres, a divisão do trabalho doméstico e no cuidado com as crianças. Ao colocar no plano teórico a igualdade entre os sexos, argumentou a favor da necessidade de algumas normas sexuais: as uniões livres, porém monogâmicas e com um componente amoroso, e o direito à legalização

---

<sup>99</sup> KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des mères...*

<sup>100</sup> MIGUEL, Luís Felipe. O feminismo e a política. In: MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. *Feminismo e Política: uma introdução*. 1.ed. São Paulo: Boitempo, 2014, p.17-29.



do aborto. Analogamente, para Goldman, anarquista norte americana, apenas o sufrágio não seria capaz de libertar as mulheres. Ao contrário, a libertação feminina viria da superação das tradições e dos preconceitos expressa em uma livre sexualidade. A liberdade das mulheres significaria amar livremente, sem ser cerceada ou submetida a qualquer autoridade. É interessante notar que as questões de sexualidade abordadas por Goldman e Kollontai serão retomadas pelo feminismo em momento posterior.<sup>101</sup>

Concomitantemente, o movimento sufragista, ao lado dos demais movimentos políticos perpassou o século XIX e reivindicou, em linhas gerais, além do direito ao voto, a igualdade em todos os terrenos, inclusive no que se refere aos direitos educativos femininos, a ampliação do mercado de trabalho e maior proteção à maternidade. Um aparente paradoxo foram as resistências ao direito de voto feminino concomitantemente ao fortalecimento dos princípios liberais, contudo, tal direito foi paulatinamente alcançado nas primeiras décadas do século XX: Estados Unidos em 1920; Inglaterra, 1928; Brasil em 1932; França e Bélgica, 1948; Suíça em 1977, entre demais países.

Não obstante, o movimento sufragista revelou algumas peculiaridades de acordo com os países onde ocorreram as reivindicações. Na Inglaterra, foi em Manchester, mais especificamente em 1865, que o primeiro grupo de mulheres se reuniu a fim de lutar pelo direito ao sufrágio e logo em seguida, outros movimentos surgiram por todo o país. O caráter da luta sufragista inglesa esteve atrelado, como em outras nações da Europa, a outras questões de interesse feminino, como o acesso à educação, maior ampliação à participação das mulheres no mercado de trabalho e a conquista dos direitos trabalhistas e salariais em conformidade com os homens. Até o final do século XIX as mulheres inglesas mantiveram suas atividades e foi a partir dos primeiros anos do século XX (1904 -1905) que a luta pelo voto adquiriu efetivamente força e expressão política. Durante 20 anos, vários argumentos e formas de luta como passeatas e até mesmo confrontos com a polícia, foram utilizados pelas inglesas ao lado de um vigoroso trabalho de *lobby* junto ao Parlamento. No início da Primeira Guerra Mundial, o movimento arrefeceu, pois que a nação inglesa estava dedicada inteiramente ao conflito e então as atividades das *suffragettes* foram suspensas. Foi somente em 1918, portanto, após o armistício, que as bandeiras de luta foram retomadas pelas mulheres inglesas. Durante cerca de oito anos (de 1920 a 1928), o direito ao voto feminino foi

---

<sup>101</sup> NYE, Andrea. *Teoria feminista e as filosofias do homem*. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1995, p.59.

discutido e culminou em 1928 com a outorga desse direito às mulheres, pelo Parlamento inglês, em igualdade de condições com os homens.<sup>102</sup>

Na França, a reivindicação pelo voto feminino começou a ser levantada a partir da Revolução Francesa, em 1789, porém o movimento pró-sufrágio feminino não alcançou a mesma amplitude que na Inglaterra ou mesmo nos Estados Unidos. O movimento pelo voto na França foi marcado pela estreita associação com os partidos políticos de esquerda - pelas doutrinas comunistas e sobretudo socialistas. As bandeiras de luta nesse país estavam concentradas nas questões operárias e na luta de classes e as reivindicações referiam-se primordialmente às melhorias das condições de vida da mulher trabalhadora em lugar dos direitos políticos<sup>103</sup>.

O movimento sufragista feminino nos Estados Unidos esteve atrelado à questão da abolição da escravidão negra naquele país. A tomada de consciência das mulheres a respeito de sua própria condição deu-se a partir da observação dos problemas sociais ao seu redor, pois a negação de liberdade aos negros remetia às suas próprias condições de opressão. Foi assim que no século XIX, um grupo de mulheres de classe média altamente educadas empreenderam ações de reconhecimento dos seus próprios direitos e deram início ao movimento feminista norte-americano. As precursoras desse movimento foram Lucretia Mott e Elizabeth Cady Stanton, que fundaram a primeira sociedade feminina contra a escravidão, pois para as mulheres abolicionistas a libertação do negro representaria a sua libertação. Essa ação culminou em 1848 com a Convenção dos Direitos da Mulher e a redação da Declaração de Princípios, também, conhecida como a Declaração de Sêneca Falls. O texto foi baseado na Declaração de Independência dos Estados Unidos e foi o fundador do movimento sufragista estadunidense. A Declaração se posicionava claramente contra a negação dos direitos civis e políticos às mulheres americanas e questionava as restrições econômicas a elas impostas, como a proibição da posse de propriedades. O movimento abolicionista e o movimento feminista caminharam lado a lado até 1867, pois a partir de então, a luta abolicionista rejeitou a ligação com a luta feminista. Pedia-se às mulheres que defendessem os escravos e esquecessem de seus próprios interesses, sob o argumento de que abolida a escravidão, viriam automaticamente todas as outras reformas. As mulheres americanas, convencidas de que a

---

<sup>102</sup> GOLDENBERG, Mirian; TOSCANO, Moema. *A revolução das mulheres*. Rio de Janeiro: Revan, 1992, p.20.

<sup>103</sup> *Ibidem*, p.20.

luta havia se tornado exclusivamente feminina organizaram-se, sob a liderança de Stanton e de Susan B. Anthony e em 1868 fundaram a National Woman Suffrage Association (NWSA), com a tarefa de trabalhar junto ao Congresso Nacional por uma emenda constitucional. Essas primeiras feministas criticavam as leis, os costumes e as instituições que subalternizavam as mulheres e defendiam além do direito ao voto, o divórcio e a equiparação salarial das operárias com os homens. Cerca de um ano depois, uma dissidência do grupo NWSA funda a American Woman Suffrage Association (AWSA), de feição mais conservadora, na medida em que limitava a sua militância aos direitos civis e políticos das mulheres por meio da obtenção do voto Estado por Estado. Foi 21 anos depois da Declaração de Sêneca Falls que os Estados Unidos deram início ao reconhecimento do direito ao voto feminino e o pioneirismo foi do Estado de Wyoming. Contudo, foi somente em 1920 que a nação americana concedeu o voto a todas as mulheres maiores de 21 anos de idade.<sup>104</sup>

Na sua luta pela universalização dos valores liberais e democráticos através do acesso ao voto, as mulheres acreditavam que a partir desse momento poderiam transformar as instituições e as leis vigentes. Contudo, como destaca Scott, o direito ao voto feminino, embora celebrado, não foi capaz de inscrever as mulheres como cidadãs definitivas, no sentido da concretização da sua autonomia econômica, social e mesmo a sua inserção na esfera política. A esse respeito, reporto-me à referida autora:

Assim mesmo a cidadania implicava a promessa e não a realização imediata da individualidade, abrindo caminho para uma participação política maior da mulher. Fossem quais fossem as intenções dos legisladores, o voto fez com que as mulheres se tornassem indivíduos políticos. Ironicamente, porém, o direito ao voto acabou enfatizando ainda mais agudamente a contínua dependência sócio psicológica da mulher. Ao invés de eliminar o problema da diferença sexual, acabou por avultá-lo a proporções ainda maiores.<sup>105</sup>

A Primeira Guerra Mundial foi um período marcado pela atuação e participação das mulheres na sociedade, pois estas foram incorporadas ao mercado de trabalho em substituição à mão-de-obra masculina ocupada nos esforços do conflito. Entretanto, com o término da Guerra e a retomada masculina dos postos de trabalho produtivo, a presença feminina nesses locais tornou-se desnecessária. Criou-se então, a apologia da volta da mulher para o recesso

---

<sup>104</sup> Sobre o movimento sufragista brasileiro e também o norte- americano ver ALVES, Branca Moreira. *Ideologia & Feminismo – a luta da mulher pelo voto no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1980.

<sup>105</sup> SCOTT, Joan W. *A cidadã paradoxal: as feministas francesas e os direitos do homem*. Op. cit., p. 278.

do lar, de onde “lamentavelmente” havia se afastado. As mensagens veiculadas associavam as mulheres às rainhas do lar, esposas e mães dedicadas, em uma reativação da diferenciação dos papéis sexuais.

Os anos de 1930 e 1940 espelharam a crise econômica e política mundial e os movimentos sociais, inclusive o feminismo, sofreram um refluxo, uma vez que muitas das demandas femininas já haviam sido contempladas desde o fim da Primeira Grande Guerra. As progressivas reformas haviam trazido a igualdade jurídica – o direito às mulheres de participação política – podiam votar e ser votadas, além do maior acesso à educação escolar e ao mercado de trabalho. Ainda assim, muitas mulheres permaneciam na militância em prol da consolidação das conquistas obtidas e das lutas para a reforma das leis sobre os direitos da maternidade e da infância.

Neste período de transição, em que o movimento feminista estava desarticulado, por assim dizer, Simone de Beauvoir surgiu com a obra seminal *O Segundo Sexo* (1949) e trouxe uma importante contribuição sobre a condição feminina. E mais: as suas análises influenciaram sobremaneira as bases teóricas da reflexão feminista que ressurgiram na década de 1960. O enfoque de Beauvoir para a compreensão do lugar e da situação das mulheres – a opressão e a emancipação – pautou-se na filosofia existencialista. A construção da identidade feminina e conseqüentemente a sua inferioridade não se situava na natureza no sentido biológico, nem na fisiologia ou na psicologia. Sob o seu ponto de vista, era a incapacidade de transcendência que explicava o total ocultamento da mulher pelo homem e sua presente situação de inferioridade e de degradação. O feminino era construído dialeticamente no seu eterno vir a ser, descolado do social e do inconsciente, mas ao lado da cultura. O conteúdo existencial conferido à sexualidade feminina era a diferença: a mulher era o Outro, mas referenciada ao outro do homem, e o próprio ato sexual obrigava a mulher a certo papel, aquele de objeto passivo. Nos seus estudos, Beauvoir recorreu às ciências biológicas e humanas e concluiu que a situação de subordinação das mulheres residia na cultura. A conhecida frase beauvoiriana, que abre o segundo volume de sua obra: “Ninguém nasce mulher: torna-se mulher”<sup>106</sup>, demonstra claramente a desvinculação da díade natureza-cultura e sem o saber, a autora lançou as bases da concepção de gênero, sem, contudo, jamais ter utilizado a terminologia.

---

<sup>106</sup> BEAUVOIR, Simone. *O segundo sexo*. 2. ed. V.2, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009, p.361.

Neste ponto é pertinente aclarar as tendências que foram assumidas pelo feminismo europeu e norte americano, todas intercambiáveis e não fixas, de acordo com o tempo e o contexto de países onde ocorreram, e que foram denominadas “ondas”, a saber: na Primeira Onda identificou-se o Feminismo da Igualdade, que compreende desde a linha liberal até o feminismo de inspiração marxista; a Segunda Onda foi marcada pelo feminismo das relações sociais de sexo ou de gênero e identificado a partir da década de 1960. Finalmente a Terceira Onda, a partir da década de 1980 é relacionada ao feminismo pós-estruturalista, pós-colonial ou multiculturalista. Assim, a abordagem que fiz até agora corresponde ao primeiro momento do feminismo, em que a luta pela igualdade se sobrepôs à questão da diferença, pois o foco das reivindicações feministas era a superação das desigualdades entre os homens e as mulheres, traduzidas no acesso à educação formal, ao trabalho remunerado e também o direito ao voto. As feministas liberais lutavam pelas demandas e direitos femininos dentro da sociedade capitalista, ao contrário das feministas socialistas.

A década de 1960 nos Estados Unidos exibiu a contradição de um sistema político que baseava os seus princípios na legitimação da universalidade, mas em seu cerne repousava a realidade do imperialismo e também do racismo. As mulheres americanas enfrentavam as questões que as afetavam no domínio da sexualidade, da divisão do trabalho doméstico e da opressão em que viviam, em um cenário francamente dominado pelo masculino, o que só vinha a corroborar a sua situação de invisibilidade. Neste contexto, surgiu em 1963, a publicação de Betty Friedan – *A Mística Feminina* – inspirada nas reflexões teóricas de Simone de Beauvoir. Ao retratar o cotidiano das mulheres norte americanas de classe média, através de seus próprios depoimentos Friedan trouxe à tona a insatisfação generalizada das mulheres - sob a forma de ansiedade, depressão, distúrbios de alcoolismo – soterradas por décadas nos seus eletrodomésticos modernos, nas suas mansões confortáveis e nas suas polpudas contas bancárias. A indefinível frustração feminina expressa no que Friedan denominou de “mal que não tem nome”, ocultava na realidade o papel opressivo imposto às mulheres: a plena realização feminina resultaria da dedicação exclusiva à vida doméstica e aos cuidados com os filhos. O legado de Friedan foi deflagrar o início da conscientização feminista que culminou na mesma década com a fundação da NOW (National Organization of Women), uma organização de mulheres e um dos ícones do feminismo liberal norte-americano. As feministas liberais identificaram o problema das mulheres como originados da

sua exclusão da esfera pública e ao partir desse princípio postulavam reformas relacionadas à inserção das mulheres no mercado de trabalho.<sup>107</sup>

O chamado Feminismo de Segunda Onda identificado a partir da década de 1960 no contexto euro-americano centrou-se na superação da crença na inferioridade “natural” feminina baseada em fatores biológicos. Ao refutar a diferenciação de papéis masculinos e femininos pautados na natureza, o movimento feminista expôs a relação de poder entre os sexos e mais: revelou que o feminino e o masculino são construções sociais e culturais. A partir da inadequação das teorias até então existentes, como o marxismo, o funcionalismo, o estruturalismo, para explicar as persistentes desigualdades entre homens e mulheres é que surgiu o conceito de gênero, uma importante ruptura com as determinações naturalistas e uma categoria capital na teoria feminista.

O conceito de gênero elaborado por Scott, amplamente utilizado pelas feministas, explicita a dimensão política e hierárquica dessa construção das identidades masculina e feminina – “a criação inteiramente social das ideias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres”<sup>108</sup>. Enquanto também um primeiro modo de dar significado às relações de poder, Scott enfatiza o aspecto relacional da sua definição:

Não se pode conceber mulheres, exceto se elas forem definidas em relação aos homens, nem homens, exceto quando eles forem diferenciados das mulheres. Além disso, uma vez que o gênero foi definido como relativo aos contextos social e cultural, foi possível pensar em termos de diferentes sistemas de gênero e nas relações daqueles com outras categorias como raça, classe ou etnia, assim como em levar em conta a mudança.<sup>109</sup>

Assim, a nova fase do feminismo eclodiu primeiramente nos Estados Unidos com uma proposta de crítica à opressão feminina nos espaços público e privado no bojo de uma sociedade urbano-industrial recém-estabelecida. As contradições do espaço privado equacionadas como a questão da livre sexualidade e na luta pelo acesso à contracepção (lembramos que a pílula anticoncepcional já era uma realidade), o direito ao aborto, a escolha ou a negativa da maternidade somaram-se às reivindicações contra uma ordem política

---

<sup>107</sup> GARCIA, Carla Cristina. *Breve História do Feminismo*. São Paulo: Claridade, 2011.

<sup>108</sup> SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, v.15. n.2, p.72-99, jul./dez.1990, p.75.

<sup>109</sup> SCOTT, Joan W. História das mulheres. In: BURKE, Peter (Org.). *A escrita da História: novas perspectivas*. São Paulo: UNESP, p.63-95, 1992, p. 87.

tradicional de dominação das mulheres pelos homens – o chamado patriarcado. As relações pessoais e políticas entre os sexos marcaram a fase do feminismo radical. Ao cunharem o slogan “o pessoal é político”, as feministas radicais entendiam que não bastava somente a conquista do espaço público, mas era essencial a transformação do espaço privado. Para isso era fundamental identificar as esferas privadas, a família e a sexualidade, como *locus* do poder e da dominação patriarcal. O ativismo dos grupos feministas radicais norte americanos espalhou-se pelo mundo e impulsionou a construção de um campo de estudos feministas e estudos de gênero.

Os *women studies* surgiram, então, no final da década de 1960 e na década de 1970 nas universidades americanas e posteriormente se desenvolveram como *gender studies*, ao lado mais adiante dos *queer studies*<sup>110</sup> e outros estudos, como a respeito do racismo e estudos culturais. Por outro lado as manifestações dos grupos radicais feministas ocorreram sob a forma de protestos públicos e marchas de mulheres, formação de grupos de autoconsciência com o objetivo de sensibilizar a opinião pública sobre o teor de suas reivindicações.

Para as feministas radicais, as violações e os maus tratos às mulheres, como também a prostituição, a pornografia e até mesmo o casamento e a heterossexualidade eram uma face do patriarcado e, portanto, uma manifestação clara do poder masculino sobre as mulheres. Kate Millet, uma representante do feminismo radical americano, ao discorrer sobre uma nova política sexual, enxergava nas relações entre os sexos e na própria relação sexual - a dominação dos homens e a subordinação das mulheres – a própria essência do patriarcado, a qual ela reconhecia, nem sempre era expressa pela força, pois o consentimento das mulheres era originário da socialização. Nesta mesma linha de pensamento, Susan Brownmiller e Andrea Dworkin continuaram a utilizar as relações de força como uma explicação para as violências contra as mulheres. Elas situavam o estupro e a pornografia, respectivamente, como um exercício do poder masculino sobre as mulheres. Essa rígida distinção entre uma sexualidade masculina inerentemente violenta e uma sexualidade feminina passiva gerou críticas até mesmo das outras feministas radicais. A teoria feminista lésbica radical na figura de Adrienne Rich argumentava que o estupro e o casamento eram formas utilizadas pelos homens para reprimir a homossexualidade feminina e obrigar as mulheres a manterem

---

<sup>110</sup> A tradução literal do termo *queer*, em inglês, é estranho. O movimento *queer* denota uma ação- reflexão do movimento LGBT, oriunda do gênero, e encerra uma radical oposição à dicotomia homem/mulher.

relações sexuais. Completava ainda que a causa da opressão feminina era a heterossexualidade imposta, uma vez que esta não era *natural*.<sup>111</sup>

As críticas ao feminismo radical americano se fizeram quanto ao fato de ao mesmo tempo em que expunham o poder masculino e as formas de dominação utilizada pelos homens, o movimento não acenava com as possíveis soluções. Por outro lado, ao dicotomizarem o homem como vilão, em uma espécie de viciosidade masculina inata, como opressor e as mulheres como vítimas, negligenciariam a complexidade da interação humana. Outra crítica mais contundente diz respeito à importância e a valorização que as feministas radicais conferiam ao corpo, no sentido de continuar a aprisionar as mulheres na sua biologia. Ao depositar na capacidade reprodutiva da mulher ou nos seus programas biológicos ou por outro lado, na anatomia masculina, as condições de uma subjugação feminina, estava-se inevitavelmente recorrendo ao determinismo biológico como explicação. Elisabeth Badinter elabora uma severa crítica ao feminismo radical americano dos anos 1970, que segundo ela, deixou como herança para o feminismo uma posição binarista e maniqueísta: o homem é codificado como o predador mau, violento e cruel e a mulher como indefesa e fraca. Por meio de relatos de conflitos mundiais – desde a Revolução Francesa até as guerras de Ruanda, a historiadora demonstra que a violência perpetrada pelas mulheres, contra os homens e contra as mulheres, é encoberta por esse estereótipo dual. Ao denunciar o revival de um naturalismo que parecia sepultado, Badinter reafirma que a violência é algo inerente ao ser humano, e, portanto, não é uma característica pertencente a um único sexo.<sup>112</sup>

Neste ponto abrirei um parêntese para abordar o debate sobre a igualdade e a diferença no movimento feminista, pois acredito ser de relevância neste assunto que ora tratamos.

No que se refere à discussão entre igualdade e diferença esta é histórica nos feminismos de vários países, pois que versa sobre o estabelecimento e a transformação da ordem social. No início do movimento feminista, como vimos, a luta pela igualdade se sobrepôs à questão da diferença e foi somente na metade da década de 1970 e nos anos 1980 que se centralizou a discussão sobre a igualdade e a diferença. É Joan Scott quem nos alerta sobre a complexidade do debate, que inclusive se reflete na dificuldade atual do movimento em estabelecer um programa definitivo para a conquista da igualdade. Para Scott, a própria

---

<sup>111</sup> NYE, Andrea. *Teoria feminista e as filosofias do homem*. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1995, p.123.

<sup>112</sup> BADINTER, Elisabeth. *Rumo equivocado*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.



construção do feminismo pós-sufrágio ocorreu no interior de um paradoxo: a declarada igualdade entre os homens e as mulheres sob o signo da cidadania erigiu-se sobre o sujeito universal ou abstrato, em contraste com a exclusão do sujeito individual. Essa incoerência entre o sentido político e psicológico de indivíduo é que tem suscitado os conflitos na história do feminismo.<sup>113</sup> Dentro do Feminismo então, surgiram tendências opostas: uma corrente denominada Feminismo Igualitarista ou Universalista fundamenta-se no princípio da Igualdade de todos os indivíduos perante os direitos humanos e reivindica o acesso das mulheres à universalidade. Sob esse prisma, o sexo não é natureza, mas é construído a partir das relações de poder que acabam por submeter às mulheres aos homens. Quanto à conceituação de indivíduo, essa corrente considera as mulheres iguais aos homens (indivíduo abstrato) e consideram a diferença sexual como irrelevante no contexto dos direitos humanos. Já a corrente do feminismo Diferencialista sustenta o reconhecimento de uma identidade baseada na diferença biológica ou cultural entre homens e mulheres e o indivíduo se formaria segundo a diferença sexual. Segundo as diferencialistas, o fato de as mulheres possuírem um corpo “marcado” por fenômenos biológicos, como a menstruação, a gravidez, o parto e o aleitamento fazia com que este fosse codificado como menos forte e portanto, alvo de submissão. As feministas igualitaristas que militam a favor da igualdade entre os homens e as mulheres são seguidoras de Simone de Beauvoir. Uma das precursoras do feminismo da Diferença foram Luce Irigaray e Hélène Cixous, na França, que opondo-se às universalistas utilizaram elementos simbólicos e culturais de empréstimo à psicanálise para explicar as diferenças sexuais – as mulheres são diferentes dos homens não por causa da natureza, mas pela força da cultura. Para além deste embate, Scott desconstrói a ideia de dois tipos antagônicos de feminismo – o da igualdade e o da diferença – e demonstra que esses conceitos são, na realidade, estratégias discursivas que emergem em diferentes momentos e em contextos políticos e históricos diversificados. Scott ressalta que:

A aparente necessidade de escolher entre a igualdade ou a diferença (nunca plenamente suprida por qualquer das alternativas) é apenas um sintoma da dificuldade que a diferença sexual representa para se chegar a uma concepção de singularidade do indivíduo. E o feminismo, na medida em que se constrói numa relação paradoxal com esse conceito de indivíduo singular,

---

<sup>113</sup> SCOTT, Joan W. *A cidadã paradoxal: as feministas francesas e os direitos dos homens*. Florianópolis: Editora Mulheres, 2002, p. 282-283.

reproduz inevitavelmente os termos contraditórios da sua própria construção.<sup>114</sup>

A premissa de igualdade de direitos entre os homens e as mulheres foi fundamental para o movimento feminista desde os seus primórdios, entendida como a afirmação de igualdade entre os sexos resguardados o dimorfismo sexual da espécie humana, pois as possibilidades de gestar, parir e amamentar são femininas. A crítica que se faz ao Feminismo da Igualdade ou o chamado feminismo liberal é que na tentativa de se estender os direitos masculinos às mulheres, ignoraram ou mesmo negaram as diferenças de gênero. A igualdade reivindicada passa a pautar-se na busca pela inserção feminina em uma universalidade que não é neutra, pois que tem como paradigma o masculino. O caminho para a igualdade entre os sexos defendido pelo feminismo liberal passaria por uma uniformidade que requereria que todas as mulheres fossem como os homens a fim de entrarem na esfera pública. De forma oposta, o conceito de diferença apropriado pelas feministas, a partir do final do século XX tornou-se polêmico ao apontar que o caminho para a liberação feminina encontrava-se precisamente na diferença entre os sexos e que essa diferença não significava desigualdade. A crítica ao feminismo da diferença, acusado de essencialismo, centrou-se na ênfase que essa corrente confere às características femininas culturalmente específicas como a cooperação, a empatia, a subjetividade - e o cultivo e a propagação desses valores são empecilhos para superar os estereótipos tradicionais de gênero.

A partir dos fins da década de 1970 e no decorrer da década de 1980 o feminismo se propagou por todo o mundo e não foi mais possível conjugá-lo no singular. A Terceira Onda do movimento feminista, também denominada de feminismo pós-estruturalista, multiculturalista ou pós-colonial valorizou ao extremo a pluralidade da diferença a partir do questionamento do sujeito universal. As diferenças entre as mulheres tornaram-se mais visíveis e seus interesses mais diversificados, o que gerou questionamentos acerca de uma política feminista unificada. Neste contexto houve ênfase no conflito em torno dos processos de construção do significado da diferença sexual, com críticas em torno do conceito de gênero enquanto categoria de análise. A própria Joan Scott reconhece que “a categoria de gênero, usada primeiro para analisar as diferenças entre os sexos, foi estendida à questão das

---

<sup>114</sup> Ibidem, p.284.

diferenças dentro da diferença” e, portanto, fragmentando a ideia universal de mulheres.<sup>115</sup> A categoria mulher, sobretudo no contexto norte americano, começou a sofrer várias críticas, pois o termo utilizado em oposição a homem não era suficiente para dar conta da própria diferença. Toda essa celeuma fez perceber que não havia “mulher”, e sim as mais variadas e diversas “mulheres” e que o rol de reivindicações de algumas mulheres não obrigatoriamente era o mesmo rol de solicitações de outras. A identidade de sexo, portanto, não seria necessariamente o elo de ligação entre as lutas feministas, pois mulheres brancas, lésbicas, negras, pobres, solteiras, judias, trabalhadoras, foram algumas das categorias surgidas no feminismo a reivindicarem uma “diferença” dentro da diferença. Scott comenta a respeito da discussão em torno da categoria *gender*, enfatizando que não se pode cristalizar essa terminologia nas ciências sociais, pois se trata na verdade de uma definição ou conceito que precisa ser historicizada uma vez que está inserida em contextos políticos diversos.

Penso que dizer ‘ diferença de sexos’ ou ‘diferença sexual’ é muito menos importante do que colocar a questão em termos históricos. Ou seja, nos perguntar como as relações entre os sexos foram construídas em um momento histórico, por que razão, com que conceitos de relação de forças, e em que contexto político. Este é o verdadeiro problema: historicizar a ideia homem/mulher e encontrar uma forma de escrever uma verdadeira história das relações homens/mulheres, das ideias sobre a sexualidade, etc. O problema da ideia de *gender* é que algumas pesquisadoras/pesquisadores cristalizaram o homem e a mulher em uma relação conhecida de antemão. Por exemplo, se, quando se diz *gender*, fala-se do homem em cima/a mulher embaixo, ou o homem no público/ a mulher no privado, são as grandes generalizações que fazem perder a ressonância histórica. A diferença entre os sexos é um jogo político que é, ao mesmo tempo, cultural e social. Para mim, o mais importante é insistir sobre a historicidade das relações homens/mulheres, as ideias e os conceitos da diferença sexual.<sup>116</sup>

Assim, esse feminismo perpassa a década de 1980 e 1990 centrando-se na diversidade entre as mulheres e criticando o uso monolítico dessa categoria. Nesse momento, a diversidade e a multiplicidade estavam num crescente na produção teórica e acabaram por se afirmar enquanto categoria de análise. Vozes dissonantes surgiram para revelar as posições de subalternidade da mulher a partir das injunções entre raça/etnia, classe, identidade sexual e até

---

<sup>115</sup> SCOTT, Joan W. História das mulheres. In: BURKE, Peter (Org.). *A escrita da História – novas perspectivas*. São Paulo: UNESP, 1992, p.87.

<sup>116</sup> GROSSI, Miriam Pillar; HEILBORN, Maria Luiza; RIAL, Carmen. Entrevista com Joan Scott. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.6, n.1, p. 114-124, jan. 1998, p.123.

mesmo idade. Houve a afirmação de outras identidades e o crescimento do feminismo das mulheres negras, das lésbicas, das mulheres do Terceiro Mundo, e outros, em detrimento das lutas baseadas apenas nas experiências das mulheres brancas, heterossexuais e de classe média.

O Pós- estruturalismo colocou em oposição as categorias sexo e gênero, pois para o feminismo dito “tradicional” o sexo é biológico e o gênero é social. Para as feministas pós-estruturalistas o sexo precisaria ser desvinculado do seu fundamento biológico e entendido como um construto social e portanto, indiferenciado do gênero. Dito de outro modo, a masculinidade e a feminilidade ao serem encaradas como posições de sujeito não ficam restritos à biologia de machos e fêmeas, mas tudo isso deve ser compreendido em torno dos processos discursivos que produzem a diferença. Uma das representantes da corrente pós-estruturalista, Judith Butler, afirma que o gênero não está para a cultura assim como o sexo está para a natureza. Desse modo, ao focalizar o caráter discursivo da sexualidade através da sua “teoria performática”, a autora questiona o sexo como elemento pré-discursivo e anterior, portanto, à cultura. Ao indagar “O que é, afinal o sexo”? Butler prossegue nas suas elucubrações:

É ele natural, anatômico, cromossômico ou hormonal, e como deve a crítica feminista avaliar os discursos científicos que alegam estabelecer tais fatos para nós? Teria o sexo uma história? Possuiria cada sexo uma história ou histórias diferentes? Haveria uma história de como se estabeleceu a dualidade do sexo, uma genealogia capaz de expor as opções binárias como uma construção variável? Seriam os fatos ostensivamente naturais do sexo produzidos discursivamente por vários discursos científicos a servi-lo de outros interesses políticos e sociais? Se o caráter imutável do sexo é contestável, talvez o próprio construto chamado ‘sexo’ seja tão culturalmente construído quanto o gênero; a rigor, talvez o sexo sempre tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero revelasse absolutamente nenhuma.<sup>117</sup>

As críticas às correntes do feminismo pós-estruturalista que não reconhecem a categoria ‘mulheres’ é que essa postura acaba por solapar a ação política do movimento na medida em que deixa de reconhecer a existência de um grupo social real e concreto. Por outro lado, a abordagem feminista que pluralizou a categoria ‘mulheres’ também chegou a um

---

<sup>117</sup> BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010, p.25.

caminho sem saída e a um desafio na mesma medida, o que suscita a pergunta: como organizar uma ação política coletiva diante das diferenças de classe, raça/etnia, orientação sexual entre as mulheres? Não obstante as diferenças, as singularidades e as hierarquias entre as mulheres, o debate atual do feminismo permanece bem nítido no sentido da luta feminina em ultrapassar as discriminações e opressões de que ainda é alvo.

## **2.2 Breve histórico do Movimento Feminista no Brasil**

Para iniciar esse tópico é importante destacar que o movimento feminista brasileiro em seu momento inicial sofreu influência dos movimentos da Europa e dos Estados Unidos, contudo, apresentou certas especificidades relativas à nossa formação histórico-cultural.<sup>118</sup>

Já no século XIX a história recente revelou na cena brasileira a presença feminina ora mais tímida ora mais efetiva, mas indubitavelmente as mulheres participaram da vida pública do país. Em 1817 há menção nos textos escritos, da participação de uma mulher – Bárbara de Alencar, na Revolução Pernambucana, um movimento em prol da independência e da instalação da República. Nas lutas para o nascimento da nação brasileira a partir da Independência, duas figuras femininas são lembradas: Maria Quitéria de Medeiros, que se travestiu de soldado para lutar na Bahia, nas batalhas pela independência de Portugal, e Joana Angélica de Jesus. Ambas tiveram outras mulheres como seguidoras. As outras revoluções ocorridas no Brasil, ao longo do século XIX, como a Revolução Farroupilha (1835-1845) e também na Guerra do Paraguai há menção à participação das mulheres, corroborando o seu envolvimento com as questões políticas da época, em que pesem as consequências que certamente se abateram sobre elas, ao fugir do “seu lugar”.<sup>119</sup>

Ainda no século XIX há que se mencionar a participação de várias figuras femininas, como as cariocas Narcisa Amália e Chiquinha Gonzaga, a baiana Inês Sabino, a gaúcha Luciana de Abreu e as pernambucanas Maria Amélia de Queiróz e Leonor Porto, que se engajaram na luta contra a escravidão no Brasil. Os seus meios de atuação variaram desde a criação de associações em prol da abolição até os escritos nos mais variados gêneros,

---

<sup>118</sup> Cf. MACHADO, Lia Zanotta. Estudos de gênero: para além do jogo entre intelectuais e feministas. In: SCHPUN, Mônica Raisal (Org.). *Oito olhares sobre mulheres e relações de gênero*. Florianópolis: Editora Mulheres, 1997.

<sup>119</sup> PRADO, Maria Lígia; FRANCO, Stella Scatena. Participação feminina no debate público brasileiro. In: PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana Maria (Org.). *Nova História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2012, p. 194-217.

utilizados como meios de divulgação e conseqüentemente como instrumento político. Nísia Floresta, considerada por muitos estudiosos como a primeira feminista brasileira, ergueu suas reivindicações a favor da capacitação intelectual das mulheres e também em torno das lutas abolicionistas. Assim é que, em 1832, publicou a obra que lhe trouxe notoriedade: a tradução de *A Vindication of Rigths of Woman*, de Mary Wollstonecraft, cujo título dado por ela mesma ficou como Direitos das Mulheres e injustiça dos homens. A sua maior contribuição foi na luta pela educação das mulheres, pois reconhecia que a emancipação feminina se daria somente pela educação. Nísia fundou e dirigiu, inclusive, colégios femininos, e juntamente com outras mulheres publicou diversos textos e ensaios, sempre alvo de variadas críticas da sociedade, em que aliavam propostas de mudanças radicais relacionadas ao comportamento feminino, ao lado de propostas convencionais. Em contrapartida às desaprovações de segmentos da sociedade da época, o ingresso das mulheres na vida escolar vinha aos poucos se concretizando, pois a partir de 1827 as meninas puderam começar a frequentar as escolas elementares e a educação superior foi facultada a partir de 1879.<sup>120</sup>

A Proclamação da República no Brasil, em 1889, só fez acelerar o processo de luta das mulheres para a obtenção de direitos políticos, uma vez que na primeira Constituição brasileira as mulheres foram excluídas como cidadãs – o direito de votar e de ser votado foi concedido somente aos alfabetizados e maiores de 21 anos. A ambigüidade presente no Código ao não mencionar explicitamente as mulheres foi utilizada pelas sufragistas como um recurso para tentar exercerem o direito ao voto, dentre elas, a advogada Myrthes Campos e a professora Deolinda Daltro. Ao requerer o seu alistamento eleitoral embasado pelo argumento da constitucionalidade do voto, ambas tiveram os seus pedidos recusados. Deolinda Daltro decidida a entrar de vez na luta política optou pela organização do movimento e fundou o Partido Republicano Feminino em 1910, com o objetivo de trazer novamente à tona, junto ao Congresso, os debates sobre o voto feminino, sepultados desde a Constituinte de 1891.<sup>121</sup>

Cabe lembrar as transformações políticas, econômicas e sociais no Brasil em fins do século XIX e no decorrer da primeira metade do século XX, no bojo da crescente industrialização e urbanização. Neste contexto, a condição da mulher foi se modificando paulatinamente a partir da sua inserção no mercado de trabalho, embora submetidas à maior

---

<sup>120</sup> Ibidem, p.203,206.

<sup>121</sup> ALVES, Branca Moreira; PITANGUY, Jacqueline. *O que é feminismo*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

exploração salarial. Como parte dessa realidade aludo à Rachel Soihet, que faz da mulher pobre do meio urbano – no Rio de Janeiro – na transição do século XIX para o século XX o objeto do seu estudo. Rachel esclarece a sua tentativa de abordar um segmento social em contraponto com as mulheres das classes dominantes, figuras sempre em voga nos estudos clássicos. As mulheres pobres abordadas pela autora eram aquelas das classes subalternas, que em sua maioria não se casavam, e tinham que trabalhar muito para sobreviver. Elas exerciam os ofícios considerados mais próprios das mulheres, pois eram lavadeiras, costureiras, doceiras, floristas, algumas exerciam um pequeno comércio e muitas eram prostitutas. Viviam amontoadas em casas de cômodos e cortiços, frequentemente mal nutridas e tinham sob sua responsabilidade os cuidados com os filhos. Como nos diz Rachel, “sofriam o ônus de sua condição de sexo agravada por aquela de classe”.<sup>122</sup> É neste ponto que gostaria de ajuntar minhas reflexões: o movimento feminista brasileiro foi “acusado” de ter sido sempre encabeçado pelas elites sociais e econômicas e de não ter sido capaz de aglutinar as massas. Ao vislumbrarmos as condições das mulheres brasileiras na época do incipiente movimento feminista podemos compreender esse aforismo. Coexistiam na cena brasileira mulheres das classes mais elevadas adstritas ao domínio doméstico, muitas desprovidas de educação intelectual, ao lado de outras poucas privilegiadas socioeconômica e intelectualmente. Em outro espectro tínhamos as mulheres empobrecidas, desde operárias àquelas que viviam de pequenas rendas, como retratado por Soihet. As primeiras e as últimas pelas condições de vida que desfrutavam sequer tinham condições de tomar consciência sobre a sua situação como não cidadãs. Portanto, o movimento feminista brasileiro oriundo do movimento sufragista apresentou um caráter restrito quanto ao número de participantes e quanto à sua classe social – as ativistas foram as mulheres intelectualizadas e melhor situadas na escala socioeconômica.

Foi em 1918 que Bertha Lutz, jovem cientista egressa da Europa onde realizou os seus estudos em Biologia, iniciou a campanha pelo movimento sufragista e também pela emancipação feminina. Na sua luta pelo direito ao voto, Bertha procurou desvincular-se dos discursos do feminismo radical e enfatizou, diante da opinião pública, que a concessão de direitos às mulheres não significaria o rompimento com a família e nem com o seu papel de mãe e de esposa. Ela ressaltava ainda a necessidade de as mulheres se educarem, pois assim

---

<sup>122</sup> SOIHET, Rachel. *Condição feminina e formas de violência: mulheres pobres e ordem urbana, 1890-1920*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989, p. 24.

poderiam cuidar melhor de suas famílias. Contudo, ao lado do seu discurso emancipatório no que tange ao trabalho e à educação femininas, mesclavam-se as suas preocupações com as mulheres operárias. Aquelas mulheres que não tivessem necessidade de trabalhar eram exortadas a prestar assistência às mulheres e às crianças menos afortunadas. Concomitantemente a várias frentes de lutas que empreendeu, Bertha Lutz priorizava a conquista do voto pelas mulheres por acreditar que o acesso aos direitos políticos conferiria a obtenção de outras garantias. Em 1920, Bertha fundou a Liga para Emancipação Intelectual da Mulher, de curta duração, pois foi substituída em 1922 pela Federação Brasileira pelo Progresso Feminino (FBPF), uma organização que uniu os esforços em torno da luta pelo voto e promoveu no Rio de Janeiro o Primeiro Congresso Internacional Feminino.<sup>123</sup>

As reivindicações feministas não foram em vão, pois em 1927, Juvenal Lamartine aliado da causa sufragista e presidente do Rio Grande do Norte incluiu na Constituição daquele Estado um artigo que permitia, sem distinção, o direito de votar e ser votado a todos os sexos. O fato teve ampla repercussão em todo o país e ainda alcance internacional e abriu caminho para novas frentes de luta junto à Comissão de Justiça do Senado, como o alistamento de eleitoras. Assim, quando da Revolução de 1930, dez Estados do país já tinham aceitado o alistamento feminino e foi em 1932, durante o governo Vargas, que foi promulgado por Decreto-Lei o direito ao voto feminino. Este foi efetivamente garantido na Constituição Federal de 1934 e acrescido de outros benefícios concedidos, como igualdade salarial entre homens e mulheres, conquistas de previdência social e dos direitos de maternidade.

A luta pelos direitos da mulher após o alcance do voto arrefeceu de certa forma o ânimo das militantes e houve assim uma desmobilização feminina. Branca Moreira Alves teceu uma crítica a esse respeito, pois ao invés de a obtenção do voto feminino ter sido um instrumento para outras conquistas, ele se tornou um fim em si mesmo, uma vez que a Federação Brasileira pelo Progresso Feminino permaneceu fechada não só a outras classes sociais, desligando-se das massas feministas como também não se renovou recrutando mulheres mais jovens.<sup>124</sup> Ressalta-se também a própria conjuntura política brasileira marcada

---

<sup>123</sup> Cf. ALVES, Branca Moreira. *Ideologia e Feminismo: a luta da mulher pelo voto no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1980. Cf. GOLDENBERG, Mirian; TOSCANO, Moema. *A revolução das mulheres*. Rio de Janeiro: Revan, 1992.

<sup>124</sup> ALVES, Branca Moreira. Op. cit., p. 127.



pelo Golpe de Estado de 1937 e a ditadura Vargas que impediram mobilizações populares e reivindicações e também inibiram o movimento de mulheres no país. A partir de 1945 o período de Pós Guerra e também o fim da Era Vargas, as mulheres entraram no cenário político e empreenderam movimentos em torno da redemocratização do país: a luta pela anistia dos presos políticos juntamente com outras bandeiras, como a campanha do petróleo e contra a elevação dos preços.

A partir dos anos 1960 inaugurou-se no Brasil uma nova fase do movimento feminista marcada por reivindicações distintas daquelas que haviam mobilizado as mulheres no passado – tratava-se da publicização de outras demandas, para além daquelas relacionadas aos direitos políticos e educacionais. Contudo, com o golpe de Estado de 1964, o país viveu sob a ditadura militar e os movimentos de contestação à ordem imposta foram mais uma vez cerceados. Logo a oposição ao governo ditatorial se fez também com a grande participação das mulheres na militância, articuladas com as lutas políticas de influência de esquerda (marxistas). Como havia ocorrido anteriormente na ditadura Vargas, as mulheres levantaram novamente a bandeira da anistia política. Por outro lado, a participação das mulheres na arena pública foi através do trabalho comunitário junto aos bairros das periferias com o apoio dos setores progressistas da Igreja Católica. Os movimentos sociais urbanos das periferias em busca de melhores condições de infraestrutura, como água, luz, rede de esgoto, articularam-se então, com o movimento feminista, que desejoso de transformar a sociedade abarcou essas demandas.

Ao final da década de 1960 o país vivia um processo de modernização com a ampliação do sistema educacional e com a nítida expansão do mercado de trabalho, o que gerou novas oportunidades para as mulheres. As publicações de feministas internacionais como Beauvoir e Friedan, o acesso à pílula anticoncepcional, uma verdadeira revolução nos comportamentos sexuais e afetivos e a consolidação da psicanálise, influenciaram a vida privada no Brasil. Os padrões tradicionais de valores e comportamentos na vida pessoal e familiar foram confrontados com essa noção dinâmica e não tardou a surgir um clima de inquietação deflagrador de uma ação política mais organizada. No contexto da produção literária brasileira surgiram várias obras, como *A Mulher na Construção do Futuro* de Rose Marie Muraro, em 1968, seguido em 1969 por um clássico da literatura feminista: *A Mulher na sociedade de classes: mito e realidade*, de Heleieth Saffioti. Na década de 1970 a jornalista Heloneida Stuart publicou *Mulher objeto de cama e mesa*. As revistas femininas começaram a

mudar o conteúdo de suas matérias, até então centradas no universo do lar, da família e dos cuidados com o corpo, para temáticas feministas e neste diapasão surgiram também peças de teatro e filmes.<sup>125</sup>

Nesta conjuntura, os anos 1970 foram marcados pelo nascimento do feminismo atual no Brasil. O reconhecimento pela Organização das Nações Unidas (ONU) da mulher como problema social, a partir da Declaração do Ano Internacional da Mulher, em 1975, propiciou a visibilidade do movimento feminista, até então na clandestinidade. A iniciativa da ONU abriu um espaço para o debate e para organização do movimento feminista que resultou na formação de grupos políticos de mulheres, como o Brasil Mulher, o Nós Mulheres, o Movimento Feminino pela Anistia. O movimento de mulheres no Brasil também envolveu uma aliança com a Igreja Católica, ambos em oposição ao governo militar.<sup>126</sup> Concomitantemente, outros grupos de mulheres surgiram sob a denominação de grupos de consciência ou grupos de reflexão. Tratava-se de mulheres intelectualizadas, que tinham estado por um período na Europa e nos Estados Unidos e que se reuniam em suas casas ou em espaços públicos como bibliotecas, escritórios, restaurantes. Uma parte delas militava também em partidos políticos e o objetivo das reuniões era ler e discutir a literatura feminista e ocupar-se da discussão sobre as questões do corpo e da sexualidade, como o planejamento familiar, o desejo sexual, o prazer feminino, temas até então considerados “tabus” e não verbalizados abertamente. As participantes dos grupos eram encorajadas por elas mesmas a expressar suas experiências e vivências pessoais e esse era um espaço de importantes trocas entre as mulheres.

Visualizou-se então, no movimento feminista brasileiro dos anos 1970 duas diferentes correntes: de um lado as lutas contra a discriminação, a opressão e a reivindicação em torno da igualdade entre as mulheres e os homens. De outro, a preocupação com as relações do mundo privado e com a subjetividade, que se expressou na máxima: “o pessoal é político”, presente nos grupos de reflexão. A partir desses grupos foi realizado em 1975 um encontro de mulheres feministas na sede da Associação Brasileira de Imprensa, no Rio de Janeiro, a fim de discutirem o comportamento e o papel das mulheres na sociedade brasileira. O encontro

---

<sup>125</sup> GOLDENBERG, Mirian; TOSCANO, Moema. *A revolução das mulheres* – um balanço do Feminismo no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 1992.

<sup>126</sup> SARTI, Cynthia Andersen. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.12, n.2, p.35-50, mai./ago.2004, p.39.

fez surgir o Centro da Mulher Brasileira (CMB), no Rio de Janeiro, com a proposta formal de estudo e reflexão das questões femininas propriamente ditas (no sentido das questões de gênero), aliada à conscientização das camadas populares.<sup>127</sup> O intercâmbio das mulheres a partir de suas diversificadas experiências promoveu a expansão das ideias feministas, pois muitas integrantes como Branca Moreira Alves, Moema Toscano, Heloneida Stuart, Rose Marie Muraro e outras estiveram um período no exterior e trouxeram os debates que já se faziam lá fora. Não tardaram a recair as críticas sobre os grupos de reflexão, não só por parte da sociedade, como das próprias feministas. As acusações variavam desde o autoritarismo na organização do movimento até a falta de resolutividade das ações. Outras militantes se posicionaram contra os debates relativos à vida privada e enfatizaram a necessidade de se abordar primeiramente a mulher na esfera do trabalho.

No começo dos anos 1980 a anistia trouxe de volta as mulheres brasileiras exiladas e com elas novas experiências no tocante ao movimento. Neste período, a atividade feminista organizada e consolidada difundiu-se no país e buscou-se visibilizar as discriminações sociais sofridas pelas mulheres no seu dia a dia. As questões como o acesso à educação igualitária, a participação no mercado de trabalho, o direito a dispor do corpo e da sexualidade e o questionamento sobre a não divisão do trabalho doméstico vieram à tona, bem como a luta pela criminalização das violências perpetradas contra as mulheres. Concomitantemente a consciência coletiva da opressão específica da mulher, nessa nova fase de reestruturação do país, houve um esvaziamento da mobilização dos grupos feministas em torno dos anseios gerais. Uma atuação mais especializada e focada na perspectiva mais técnica efetivou-se sob a forma de Organizações Não- Governamentais (ONGs), que buscaram influenciar as políticas públicas em áreas mais específicas. A institucionalização do movimento de mulheres traduziu-se nas ações relacionadas à saúde feminina, no que se refere à concepção, dentro do campo dos direitos reprodutivos, na criação de Conselhos e centros de pesquisa em todos os níveis governamentais voltados à questão da mulher. A produção teórica sobre a temática mulheres também cresceu nas universidades, com a publicação de diversas obras e artigos em periódicos. Foram criados vários núcleos de pesquisa e estudos de gênero nas universidades brasileiras.

---

<sup>127</sup> PEDRO, Joana Maria. Corpo, prazer e trabalho. In: PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana Maria (Org.). *Nova História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, p.238-259, 2012, p. 246.

Ainda no que toca ao poder público, em 1985, as lutas feministas foram incorporadas por essa esfera a partir da criação das delegacias especializadas no atendimento às mulheres vítimas de violência, as chamadas DEAMs. A primeira delas surgiu em São Paulo e depois se espalharam pelo país. Elas foram de capital importância no sentido de se oferecer às mulheres violentadas e agredidas um atendimento mais próximo e menos eivado de constrangimentos durante os depoimentos e o exame de corpo de delito. Aliás, desde o fim da década de 1970, os maus tratos, os abusos sexuais e os espancamentos começaram a ser mais largamente denunciados. O assassinato de Ângela Diniz, em 1976 por seu amante Doca Street, ambos integrantes da alta sociedade brasileira, repercutiu amplamente junto à opinião pública e desencadeou a reação feminista diante da perpetração de crimes passionais contra as mulheres. A partir desse momento a sociedade como um todo começou a tomar consciência da hediondez desse tipo de crime, cuja defesa do agressor era legalmente construída na base da “legítima defesa da honra”. Na lógica perversa do patriarcalismo o corpo feminino pertencia ao homem e senhor e a menção de adultério era utilizada como justificativa para o disciplinamento da mulher, não importando os meios utilizados para conter esse *desregramento* da sua sexualidade. Durante o julgamento do réu confesso na cidade de Cabo Frio – RJ, as mulheres feministas empreenderam manifestações com cartazes e gritos sob o slogan “quem ama não mata”, em resposta à frase de Doca sobre a motivação do crime cometido “por amor”.<sup>128</sup>

O movimento feminista prosseguiu a sua intensa atividade com a mobilização das mulheres em uma grande campanha junto à Assembleia Constituinte em 1986. O objetivo do *lobby* feminista junto ao Congresso era a sensibilização para as questões femininas de todas as camadas sociais no que se referia às legislações de atendimento à mulher nas esferas da saúde, do trabalho e das demandas em torno da maternidade, sem olvidar das lutas mais amplas. O resultado das lutas feministas fez-se notar na incorporação de muitas das suas reivindicações na Constituição Brasileira de 1988. Neste diploma jurídico foram eliminadas as discriminações contra a mulher nas legislações referentes ao trabalho remunerado; a mulher

---

<sup>128</sup> A produção brasileira acerca da violência contra a mulher é bastante profícua. Citamos algumas, como CORRÊA, Mariza. *Os crimes da paixão*. São Paulo: Brasiliense, 1981; CORRÊA, Mariza. *Morte em família: representações jurídicas de papéis sexuais*. Rio de Janeiro: Graal, 1983. AZEVEDO, Maria Amélia. *Mulheres espancadas: a violência denunciada*. São Paulo: Cortez, 1985; GREGORI, Maria Filomena. *Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista*. Rio de Janeiro: Paz e Terra/ São Paulo: ANPOCS, 1993; SOARES, Barbara Musumeci. *Mulheres invisíveis: violências conjugais e novas políticas de segurança*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

passou a ter o direito de posse da terra independente do seu estado civil; os direitos da maternidade foram ampliados a partir do prazo da licença maternidade que passou de 84 dias para 120 dias e políticas públicas e programas de proteção às mulheres em situação de violência foram implantadas. No que diz respeito ao capítulo família, foi legitimada a igualdade de direitos e obrigações entre os homens e mulheres na sociedade conjugal, pois aboliu-se a posição superior e de chefia antes exclusivamente masculina.<sup>129</sup> Houve também o reconhecimento legal das uniões conjugais ao incorporar-se o concubinato e dar origem à união estável entre homens e mulheres como entidade familiar, além do reconhecimento dos direitos dos filhos nascidos das uniões consensuais, fora da “legitimidade” do casamento formal. Embora a questão do planejamento familiar enquanto o fruto da livre escolha do casal tenha sido incluído na Constituição Cidadã, outros direitos reprodutivos não foram contemplados, como a descriminalização do aborto em casos de gravidez indesejada (salvo os casos previstos em lei).

Os anos 1990 até a atualidade espelharam as importantes vitórias conquistadas no que se refere à participação feminina nas várias esferas, além dos avanços na legislação brasileira, como a Lei Maria da Penha.<sup>130</sup> Entretanto, as discriminações contra as mulheres mantêm-se ainda flagrantes no mundo do trabalho e no domínio do privado. As relações sexuais assimétricas são demonstradas nos elevados números da violência doméstica contra as mulheres, na maior parte dos casos perpetrados por seus namorados, maridos e companheiros e na menor remuneração salarial em relação aos homens. Ainda que as mulheres sejam maioria numérica na população brasileira, a sua presença nas instâncias decisórias de poder ainda é incipiente. A Lei 12.034/2009 estabeleceu a obrigatoriedade de cada partido ou coligação política preencher o mínimo de 30% para candidaturas de cada sexo aos cargos proporcionais, porém atualmente são poucos os partidos brasileiros que instituíram a paridade de gênero.<sup>131</sup> Há também que se assinalar outras situações de discriminação contra as

---

<sup>129</sup> Até a edição do chamado Estatuto da Mulher Casada, em 1962, a mulher era considerada relativamente incapaz pelo nosso sistema jurídico. A partir de então manteve a sua condição de marginalizada pois que continuou na condição de “colaboradora” do marido na direção do lar. Isso foi revogado na Constituição de 1988.

<sup>130</sup> A Lei Maria da Penha, como ficou conhecida a Lei de Combate à Violência Doméstica (Lei nº 11.340/2006), estabeleceu medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar, em articulação com as áreas de segurança pública (Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública), assistência social, saúde e demais áreas para ações preventivas ou mesmo assistenciais.

<sup>131</sup> Sobre o planejamento das políticas públicas de gênero no Brasil, reportar-se ao Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM). Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano

mulheres, como o não respeito à licença maternidade e as poucas mudanças substantivas na divisão igualitária das tarefas entre os homens e as mulheres no lar, geralmente mais onerosa para as mulheres.

As críticas que foram dirigidas ao movimento feminista brasileiro relacionavam-se à não emergência nos debates das questões específicas de gênero, naquilo que Sarti denominou de impasse estrutural do feminismo. Ao contexto de autoritarismo da ditadura militar foi atribuído o borramento das questões intrinsecamente feministas, premidas de um lado pela luta política contra a opressão das mulheres e de outro pela própria subjetividade das mulheres inseridas em diferentes dimensões políticas, sociais e culturais. Para Sarti, os limites iniciais do movimento feminista no Brasil foram dados pela não superação do seu hibridismo fundacional: ao mesmo tempo em que foi criado a partir de uma identidade relacionada à mulher em termos de gênero em geral, olvidaram-se das clivagens sociais e culturais distintas e universalizou-se a categoria mulher. Sob outro aspecto, não convém esquecer que o sentido histórico e político do movimento foi dado justamente pela pluralidade das mulheres, o que deu origem aos feminismos.<sup>132</sup> Valendo-me da autora:

Neste ponto reside a tensão estrutural de uma luta social e política, que se articula no plano coletivo e objetivamente dado (com base em Marx), mas também no plano subjetivo e singular (com base em Freud) e se localiza entre a universalidade da condição feminina e a particularidades de suas manifestações.<sup>133</sup>

Neste mesmo sentido, Suely Costa critica a invisibilidade das questões de classe, raça/etnia, status intelectual e profissional no interior dos movimentos feministas, subsumindo-se às questões de gênero nas desigualdades entre os sexos. A propagação pelos movimentos feministas da noção de “sororidade” ou da irmandade no sentido de unificação das mulheres na luta contra as desigualdades em relação aos homens acaba finalmente por homogeneizá-las e ocultar as diferenças e desigualdades entre as próprias mulheres. Outro

---

Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. Disponível em: [www.mulheres.ba.gov.br/arquivos/File/Publicacoes/PlanoNacionaldePoliticaparaasMulheres20132015.pdf](http://www.mulheres.ba.gov.br/arquivos/File/Publicacoes/PlanoNacionaldePoliticaparaasMulheres20132015.pdf). Acesso em: 29/03/16.

<sup>132</sup> SARTI, Cynthia Andersen. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. *Estudos Feministas*, v.12, n.2, p.35-50, mai./ago. 2004, p.43-44.

<sup>133</sup> SARTI, Cynthia Andersen. Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro. *Cadernos Pagu*, n.16, p.31-48, 2001, p.45.

ponto que mereceu realce nas análises da referida autora foi quanto ao campo de tensão existente entre a militância do feminismo no interior e fora das universidades, como nítida expressão de jogos de poder e hierarquias que perpassam todas as esferas da vida humana.<sup>134</sup>

### 2.3 Feminismo e Maternidade

O corpo feminino foi sendo construído social e culturalmente ao longo do tempo e no capítulo 1 deste trabalho vimos as várias práticas discursivas – filosóficas, religiosas, médicas – acerca das representações desse corpo no que tange à procriação e as associações da identidade mulher-mãe. No século XIX a maternidade permaneceu como um assunto privado – sob o aspecto da decisão de ter filhos até os cuidados com o parto e no século XX passou à função social regulada. Percorremos, na parte inicial do presente capítulo, a história do movimento feminista enquanto uma atividade organizada e política que gerou (e gera) vários impactos e transformações nas diversas esferas de construção dos sujeitos e da sua identidade. Veremos agora, a problematização da maternidade sob o prisma dos discursos feministas, sobretudo no chamado feminismo de Segunda Onda, pois este tema foi bastante discutido por esta corrente do movimento.

Conforme já explicitado anteriormente, o feminismo de Segunda Onda derrubou as fronteiras entre o político e o privado e trouxe para o centro das discussões questões relacionadas à família, à sexualidade, à divisão sexual do trabalho doméstico e à maternidade. As feministas radicais ao propor a politização do cotidiano começaram a questionar as relações entre os sexos dentro do casamento e vislumbraram experiências e a condição da mulher na família – sobretudo quanto à experiência da maternidade – como a causa da opressão feminina. A maternidade passou, assim, a ser encarada em uma dimensão relacionada à dominação e à subordinação entre as mulheres e os homens. Lucila Scavone, na sua abordagem a respeito das ligações entre maternidade e feminismo, situa a discussão dos significados da maternidade em três momentos distintos. Em um primeiro momento, a experiência da maternidade foi equacionada como uma forma de dominação do sexo masculino sobre o feminino, pois o lugar das mulheres na reprodução biológica (gestar, parir, aleitar, cuidar da prole) determinava a sua ausência do espaço público e confinava-as ao espaço privado. A maternidade era então reconhecida como um *handicap* (desvantagem

---

<sup>134</sup> COSTA, Suely Gomes. Movimentos feministas, feminismos. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.12, p.23-36, set./dez.2004.

natural) para as mulheres e a sua recusa mediante a utilização da contracepção e do aborto seriam os caminhos para a libertação feminina do jugo masculino. O eixo desta luta situa-se no Feminismo Igualitarista. As mais expressivas intelectuais desta corrente do Feminismo, que retomaremos em seguida, foram Simone de Beauvoir na França, e Shulamith Firestone, nos Estados Unidos. Já em outro momento, a partir da década de 1970, outra corrente do feminismo inspirada na psicanálise passou a considerar a maternidade como um atributo especial das mulheres, sendo este período o de negação do *handicap* e de valorização da maternidade. Essa abordagem situa-se no Feminismo Diferencialista. Entre as representantes desta corrente estão Luce Irigaray, Hélène Cioux, Nancy Chodorow, Antoinette Fouque e mais recentemente, a partir da década de 1990, Sylviane Agacinski, na França. Em um terceiro momento houve ênfase sobre a pluralidade de significados relacionados à maternidade e também à paternidade. A recusa ou a aceitação da maternidade pode ocorrer, ao mesmo tempo, em espaços e posições sociais diferentes e não está obrigatoriamente relacionada à ideia de *handicap*. Assim, o fato biológico da reprodução não mais determina a posição das mulheres e sim as hierarquias de gênero e de classe, as quais dão o sentido social da maternidade. Essa corrente do feminismo possibilitou a abordagem da maternidade sob suas múltiplas facetas – tanto como símbolo de auto realização feminina, de poder feminino ou mesmo de desvalorização e até de opressão. Scavone conclui ao afirmar que a definição teórica desses três momentos da maternidade exemplifica as contradições, mudanças e permanências presentes nesta prática social.<sup>135</sup> Não obstante, a expansão das tecnologias reprodutivas conceptivas a partir da década de 1990 nos contextos europeu, americano e brasileiro, suscita o debate sobre o imperativo do biológico nas várias construções de maternidade e paternidade, embora a maternidade biológica não seja mais o critério precípua ao definir-se a mãe.

---

<sup>135</sup> SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. *Cadernos Pagu*, n.6, p.137-150, 2001.



## 2.3.1 As feministas da Segunda Onda e a Maternidade

### 2.3.1.1 O discurso feminista radical - Ser mãe é um Ônus

*O Segundo Sexo*, da filósofa Simone de Beauvoir foi editado em 1949 no contexto francês do Pós Guerra e ecoou como uma voz dissonante em meio à política natalista na França, nação combalida pelas perdas humanas no confronto. Contudo, há que se lembrar que o controle de nascimentos nesse período era praticado concomitantemente pelas mulheres, principalmente nos países não católicos. Foi nesse contexto que Beauvoir propôs o seu ensaio sobre a condição feminina em torno da sexualidade e do corpo reprodutor da mulher, explorando temas por si só controversos. A sua ousadia foi verter o seu próprio olhar – feminino – sobre questões e “lugares” até então só facultados ao masculino. Ao desconstruir a sacralidade da maternidade, encarada por ela como a subordinação da mulher à espécie, Beauvoir se contrapunha à imposição social da época. Ao mesmo tempo ressaltava a prisão e as imposições da natureza sobre o corpo feminino, elementos cerceadores da liberdade feminina:

É ela, entre todas as fêmeas de mamíferos, a que se acha mais profundamente alienada e a que recusa mais violentamente esta alienação; em nenhuma a escravização do organismo à função reprodutora é mais imperiosa nem mais dificilmente aceita: crises da puberdade e da menopausa, “maldição” mensal, gravidez prolongada e não raro difícil, parto doloroso e por vezes perigoso, doenças, acidentes são características da fêmea humana.<sup>136</sup>

Na análise beuvoiriana da maternidade, o corpo como o lugar da reprodução está envolto pela opressão ou é marcado pelo patológico:

A mulher conhece uma alienação mais profunda quando o ovo fecundado desce ao útero e aí se desenvolve. Sem dúvida, a gestação é um fenômeno normal que, em se produzindo em condições normais de saúde e nutrição, não é nocivo à mãe; estabelece-se mesmo, entre ela e o feto, certas interações que lhe são favoráveis. Entretanto, contrariamente a uma teoria otimista cuja utilização social é demasiada evidente, a gestação é um trabalho cansativo que não traz à mulher nenhum benefício individual e exige, ao contrário, pesados sacrifícios.  
(...) O parto em si é doloroso, é perigoso.

---

<sup>136</sup> BEAUVOIR, Simone. *O segundo sexo*. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009, p. 64.

(...) O aleitamento é também uma servidão esgotante.<sup>137</sup>

Em seu segundo volume, sob o capítulo intitulado “A Mãe”, Beauvoir, sem risco de cair no anacronismo, dissertou sobre o tema do aborto. A hipocrisia da sociedade é o alvo da sua pena, a partir da sua ação de criminalizar o aborto e defender os direitos do embrião, mas que negligencia as crianças, milhares delas em perigo físico ou moral. Ainda apresentou as estatísticas dos abortos clandestinos e enfatizou claramente as suas consequências, além de ter exposto que o aborto é um crime de classe, ao penalizar sempre as mulheres mais pobres. Por fim, a autora defendeu o controle da natalidade por meio da anticoncepção, bem como o aborto legal como a expressão do livre exercício da maternidade.<sup>138</sup> Tais mensagens veiculadas em pleno período do “baby boom” provocou reações exacerbadas, pois o Vaticano colocou *O Segundo Sexo* no Index, a fim de solapar a sua difusão.

Para Beauvoir, na gravidez a mulher se torna um instrumento passivo da vida, pois abole-se a oposição sujeito-objeto. Embora se apresente como a criadora [da vida] torna-se presa das contingências da reprodução inscritas em seu corpo e a submissão impede a sua transcendência:

“Essas mulheres que são ‘poedeiras’ mais do que mães, procuram avidamente a possibilidade de alienar sua liberdade em proveito da carne: sua existência aparece-lhes tranquilamente justificada pela passiva fertilidade do corpo. Se a carne é pura inércia, não pode encarnar a transcendência, ainda que sob uma forma degradada”.<sup>139</sup>

A centralidade que o corpo feminino ocupa em Beauvoir valorado negativamente em seus aspectos biológicos e fisiológicos e, codificadas a gravidez e a amamentação como condições de alienação da mulher, nos permite entrever uma espécie de estratégia sugerida às mulheres para “escapar” do seu encerramento na maternidade. Na parte do livro “A Caminho da Libertação”, Beauvoir elencou os caminhos a serem trilhados por toda “Mulher Independente”. Além da libertação do corpo pela contracepção e pelo aborto, a inseminação

---

<sup>137</sup> Ibidem, p. 62, 63.

<sup>138</sup> Ibidem, p. 646,649, 656.

<sup>139</sup> Ibidem, p. 662.

artificial foi citada como referência no sentido de também representar a maternidade livre ou a maternidade escolhida.<sup>140</sup>

Diversas autoras feministas de diferentes correntes teóricas, como Catherine MacKinnon e Jean Bethke Elshtain, criticaram Beauvoir em *O Segundo Sexo* por ela ter insistido na inserção feminina no universalismo pautado no masculino. De acordo com as críticas, a proposta de igualdade entre os sexos e a emancipação feminina apresentada por Beauvoir residiria na adoção, por parte das mulheres de comportamentos idênticos aos dos homens, tanto em relação à sexualidade e à atividade profissional, como na família<sup>141</sup>. Como veremos a seguir com Shulamith Firestone, representante do feminismo radical norte-americano e tributária de Beauvoir, a dominação masculina se daria através dos processos biológicos femininos e estes precisariam ser superados em prol da inserção da mulher na esfera pública. Beauvoir transitou em seu discurso, entre o biológico e o social e a relação entre os processos biológicos femininos (como a menstruação, o parto, a amamentação, a menopausa) e a opressão foi igualmente alvo de críticas, pois esses fatos biológicos não estão simplesmente “dados” e existem *per se*, mas são alvo de ressignificações de acordo com os variados contextos sociais.

Os anos 1960 foram representativos da separação da sexualidade em relação à reprodução e a pílula anticoncepcional o símbolo da contestação feminina em relação à opressão do seu corpo, surgiu no bojo da nova onda do feminismo de politização do privado. Nos Estados Unidos, o contraceptivo oral foi lançado desde 1956, porém antes de ter sido liberado para uso público, em 1960, ele foi testado junto à população de mulheres de Porto Rico. Doravante, as mulheres puderam dispor de técnicas seguras para controlar a sua fecundidade, sem colocar em risco a sua saúde (em contraste com o aborto clandestino), além da busca pelo prazer feminino permitido pela nova liberdade sexual. No processo de apropriação do corpo feminino, a máxima “meu corpo me pertence” foi reiteradamente evocada, pois se tratava do início da autonomia e da liberação das mulheres na afirmação de suas identidades ao romper com o ideal socialmente criado de domesticidade, já anteriormente denunciado por Friedan em *A Mística Feminina*.

---

<sup>140</sup> Ibidem, p. 857.

<sup>141</sup> MIGUEL, Luis Felipe. A igualdade e a diferença. In: Miguel, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. *Feminismo e política: uma introdução*. 1. ed. São Paulo: Boitempo 2014, p. 63-77. (p.65).

A utilização do conceito de gênero nas interpretações sociológicas propostas pelos grupos de feministas acadêmicas, a partir das décadas de 1960 e 1970 lançou luz à compreensão de que a hierarquia entre os sexos estava para além das explicações biológicas, uma vez que era o resultado de processos sociais e culturais. Contudo, entre o grupo feminista radical norte americano, a dominação masculina se daria através dos processos biológicos femininos e estes precisariam ser superados em prol da inserção das mulheres na vida pública. Shulamith Firestone, expoente do feminismo americano, apresentou a radicalidade das suas proposições colocando na maternidade o cerne da opressão das mulheres encimada pela posição da mulher na família. A figura feminina, envolvida por um longo tempo com a gestação, com o parto e com as contingências infantis, seria inferiorizada na família, tal qual pregava Beauvoir.

Em *A Dialética do Sexo*, publicado em 1970, Firestone elogia a obra de Beauvoir – *O Segundo Sexo* – situando-a como a mais completa e abrangente entre as teóricas feministas até então. Por outro lado, critica a interpretação extremamente existencialista do feminismo dada por Beauvoir, a seu ver, um sistema cultural marcado pelo dualismo sexual. A respeito de Beauvoir filósofa, Firestone opina: “Ela é quase que sofisticada demais, culta demais”.<sup>142</sup> Ainda com relação à Beauvoir, Firestone enfatiza que a realidade biológica – aquela da diferença sexual – não levou inevitavelmente a um sistema de classes (no sentido de dominação de grupo por outro), mas sim o modo como essas diferenças são equacionadas nas funções reprodutoras. Sendo assim, na família repousa a desigualdade na distribuição de poderes, o que se configura na base da submissão e opressão da mulher. A partir desse ponto a autora prossegue e fundamenta a sua análise a partir da ampliação do conceito de materialismo histórico de Engels, incluindo as diferenças sexuais, biológicas reprodutivas como a base da organização social. Detém-se também na análise das instituições culturais que reforçam a família biológica, sobretudo no que se refere à psicologia/psicanálise Freudiana. Embora detenha o mérito da redescoberta da sexualidade, para Firestone Freud “pecou” por ter circunscrito a sua genialidade na observação das estruturas psicológicas sem o questionamento do seu contexto social.<sup>143</sup> Freud, aliás, em sua totalidade foi rejeitado pelas feministas radicais devido às suas correlações entre psicanálise e sexualidade feminina.

---

<sup>142</sup> FIRESTONE, Shulamith. *A dialética do sexo: um manifesto da revolução feminista*. Rio de Janeiro: Editorial Labor do Brasil, 1976, p. 17.

<sup>143</sup> *Ibidem*, p. 18, 23, 60.

Analogamente à Beauvoir, Firestone via na gravidez os incômodos e a dor do processo e enfatizava a liberação dessa causa de submissão feminina pela reprodução artificial: “A gravidez é uma barbaridade (grifo da autora). Eu não acredito, como muitas mulheres dizem hoje, que a gravidez seja vista como feia devido a perversões estritamente culturais.”<sup>144</sup> Sob outro aspecto, ela vai na contramão do discurso feminista de apropriação dos seus corpos a partir das suas críticas ao parto natural: “Além disso, o parto *dói* (grifo da autora). E isso não é bom. Há três mil anos atrás, as mulheres que tinham um parto “natural” não tinham necessidade de simular que a gravidez era uma verdadeira viagem, um orgasmo místico”.<sup>145</sup> E prossegue: “O próprio culto do parto natural nos mostra como ficamos diante da verdadeira identidade com a natureza. O parto natural é apenas mais uma faceta do reacionário Retorno-à-Natureza hippie-rousseiano, e tão forçado quanto ele”.<sup>146</sup>

Shulamith Firestone via na tomada do controle da reprodução por parte das mulheres e no controle da sua fertilidade, a chave para superar os sistemas de opressão; contudo, advertia que a nova tecnologia (referia-se à pílula contraceptiva), poderia significar o reforço do sistema já estabelecido de exploração entre os sexos. Daí advém a inovação do seu discurso que a diferencia de Simone de Beauvoir e das outras feministas, radicais ou não, que a precederam: a reprodução artificial por meio da cibernética cumpriria o papel de libertação da mulher, pois ambos – homens e mulheres – se sentiriam independentes em relação ao nascimento das crianças. Por outro lado, com a cibernetização, a divisão do trabalho seria extinta na família a partir da própria eliminação do trabalho (este seria realizado por máquinas), propiciando uma nova redefinição econômica a partir da tecnologia. Tudo isso representaria a fragmentação do que Firestone denominou de “tirania da família biológica”. É interessante atentarmos que já na década de 1970, Firestone vislumbrava novos horizontes acerca dos desenvolvimentos aplicados à reprodução e fez menção inclusive à “fertilização em proveta” (que corresponde à fertilização *in vitro*), à escolha do sexo do feto e à partenogênese – parto virginal – realidades já confirmadas em fins do século XX. Porém ela atribuía os receios em relação aos novos métodos de reprodução, por eles serem considerados “antinaturais”, ao eliminar a supremacia do homem e da família no novo sistema de valores. O fato de as tecnologias liberarem as mulheres da sua biologia representaria uma ameaça à

---

<sup>144</sup> Ibidem, p. 228.

<sup>145</sup> Ibidem, p. 228.

<sup>146</sup> Ibidem, p.229.

unidade social ao desvincular as mulheres do seu destino biológico - a família – problematizava Firestone. Quase 30 anos após Firestone, a controvérsia foi revivida por Marilyn Strathern na sua alusão à “Síndrome do Nascimento Virgem”, a respeito de mulheres inglesas que decidiram utilizar a inseminação artificial para engravidar, em substituição à gravidez com relação sexual. A controvérsia gerada refere-se aos modelos de parentesco daí advindos, pois representaria, em última instância, a negação dos relacionamentos (e do pai biológico e social) no contexto do parentesco e da família.

Não obstante, Firestone manteve-se crítica quanto ao uso das tecnologias, pois para além do fato de serem potencialmente libertadoras, poderiam resultar em maior opressão feminina, se utilizadas de forma equivocada: “A cibernética, do mesmo modo que o controle da natalidade, pode ser uma faca de dois gumes. Imaginá-la, assim como a reprodução artificial, nas mãos dos poderes atuais é o mesmo que imaginar um pesadelo”<sup>147</sup>. Uma das alternativas apresentada por Shulamith Firestone na superação do modelo de família socialmente construída estaria nas *households*, um sistema de agrupamento de pessoas que vivem juntas por um tempo pré-determinado e que também poderiam se responsabilizar minimamente pelas crianças em suas fases iniciais de dependência. A autora nega peremptoriamente a utilização do termo família ampliada pela sua conotação com a reprodução biológica e com algum grau de divisão sexual do trabalho.

Passemos às seguintes conclusões: a apropriação do corpo pelo feminismo da Segunda Onda significou a subversão das relações de poder encerradas no próprio corpo enquanto corporeidade física, na sexualidade e na reprodução. Lucila Scavone ressalta que o movimento feminista dos anos 1970 ao se voltar contra o assujeitamento do corpo feminino, sobretudo no que diz respeito à procriação, saudou com entusiasmo as tecnologias reprodutivas conceptivas – inseridas na aceleração tecnológica em todos os âmbitos da vida – pois representariam a liberação das mulheres do fardo da maternidade, como vimos em Firestone. Assim, ambas as tecnologias, contraceptivas ou conceptivas, poderiam beneficiar as mulheres. Nos anos 1990, os estudos feministas sobre a maternidade tomam direção diametralmente oposta, continua Scavone. As reflexões sobre a maternidade pautam-se no questionamento do uso dessas mesmas tecnologias reprodutivas no âmbito da medicalização do corpo feminino e da procriação, no que tange às consequências sobre a saúde das mulheres

---

<sup>147</sup> Ibidem, p.230.

e a sua não ingerência sobre a reprodução.<sup>148</sup> Na produção francesa sobre o tema há os trabalhos de Françoise Laborie, Laurence Tain; Gena Corea se destaca nos Estados Unidos; Marilena Villela Corrêa, Martha Ramírez- Gálvez sobressaem no contexto brasileiro, entre outras autoras.

As críticas das feministas sobre as tecnologias procriativas baseiam-se no fato de que a procriação medicamente assistida corresponderia à instauração de uma nova lógica social organizando a produção em função da reprodução, pois o ser humano produziria os bens de consumo para subsistir e se perpetuar e não o inverso<sup>149</sup>. Sobre as críticas é oportuno registrar:

O homem não estaria em vias de levantar o desafio e “transformar a vida” à sua maneira. Não são as relações sociais e as relações de sexo que devem ser modificadas, segundo eles, mas nossa biologia falha. O Homem vai nos liberar de nossa “escravidão”, diz-nos eles, graças ao domínio biológico e médico da procriação: a mulher-escrava emancipada para a mãe-máquina. *Graças ao Homem, as mulheres enfim, encontraram seu inimigo: seus próprios corpos.* (Grifos das autoras).<sup>150</sup>

Portanto, no campo da reprodução assistida, o posicionamento das feministas não é homogêneo. Segundo Laborie, é possível a identificação de duas vertentes teóricas (análises feministas), que embora diferentes do ponto de vista ideológico e prático, mantém algumas concordâncias temáticas. Uma primeira corrente se opõe às tecnologias reprodutivas conceptivas por questões de princípio, pois tais tecnologias são concebidas como mecanismo de controle e opressão da sexualidade e do corpo feminino, denunciando a reessencialização da natureza na maternidade e os riscos das técnicas empregadas para a saúde da mulher, propiciando a sua exploração pela ciência. A outra vertente, proveniente do feminismo liberal é mais permissiva, pois vê a medicina reprodutiva como uma conquista da luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, na medida em que é considerada uma ferramenta de empoderamento feminino, ao ampliar suas alternativas de escolha reprodutiva. Para além do debate entre as feministas, Laborie conclui que entre a genética humana e os métodos capazes de vencer a

---

<sup>148</sup> SCAVONE, Lucila. *Dar a vida...* p. 178.

<sup>149</sup> DE VILAINE, Anne-Marie; GAVARINI, Laurence; LE COADIC, Michèle. *Maternite em mouvement – les femmes, la re/production et les hommes de science.* Montreal: Presses Universitaires de Grenoble/Editions Saint-Martin de Montréal, 1986, p. 12. (Tradução minha).

<sup>150</sup> Ibidem, p. 12 (Tradução minha).

esterilidade, repousa a questão do poder – o controle das mulheres sobre o seu destino como procriadoras.<sup>151</sup>

### 2.3.1.2 O Discurso Feminista e a Psicanálise – Ser mãe é uma dádiva

As teorias e os movimentos feministas e a psicanálise se influenciaram mutuamente, embora as suas práticas discursivas tenham suscitado debates, oposições, conflitos e polêmicas. Muitas feministas contestaram as construções psicanalíticas de Freud e a precursora das críticas referentes ao feminismo e à psicanálise foi Simone de Beauvoir, como já vimos anteriormente, seguidas de outras feministas como Kate Millet e Shulamith Firestone. As objeções teóricas das feministas à Freud estavam no primado da sexualidade na construção das diferenças sexuais dado por este autor, a envolver a descoberta do Complexo de Édipo como a estrutura primária do psiquismo. Em contrapartida, outras feministas nos anos 1970, as chamadas Diferencialistas, utilizaram-se das teorizações propostas pela psicanálise no que se refere às discussões sobre os significados das diferenças sexuais e as trouxeram para as reflexões feministas. Elas desejavam compreender as razões pelas quais a opressão feminina mantém-se tão arraigada e as dificuldades relacionadas à sua transformação.

Há que se distinguir na teoria feminista de viés psicanalítico duas escolas que adotam abordagens diferenciadas, a saber: a Escola Americana, que trabalha nas teorias de relação de objeto, cujos nomes mais pronunciados são Nancy Chodorow e Carol Gilligan, e a Escola Francesa que se baseia no contexto das teorias da linguagem aplicadas à comunicação. Os nomes em destaque na produção teórica francesa são Julia Kristeva, Luce Irigaray, Hélène Cioux, seguidoras de Jacques Lacan. Ambas as escolas se tocam teoricamente quanto à preocupação com os processos de criação da identidade do sujeito, a partir de estudos sobre as primeiras etapas do desenvolvimento infantil e como isto concorre para a formação da identidade de gênero.<sup>152</sup> Além do diálogo com Lacan, as autoras francesas referidas tematizaram teoricamente também com Derrida, Deleuze e Michel Foucault. Ao compreenderem o sexismo inscrito na própria linguagem, (a ausência da fala nas mulheres

---

<sup>151</sup> LABORIE, Françoise. Novas tecnologias da reprodução: risco ou liberdade para as mulheres? *Estudos Feministas*, Florianópolis, n.2, p.435-447,1993.

<sup>152</sup> SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, v.20, n.2, p. 71-99, jul./dez. 1995, p.80.



não é apanágio das relações masculino/feminino, mas está em qualquer relação de poder), a crítica feminista passou a exigir uma base teórica mais adequada para lidar com as assimetrias de gênero. Assim, Cioux e Irigary clamaram por uma *écriture feminine*. Esta seria uma escrita feminina onde a mulher encontraria a sua voz, numa ruptura definitiva com a linguagem patriarcal e seria uma nova maneira de relacionar-se consigo mesma e com os outros. Essas teóricas trabalharam no sentido de reinterpretar e mesmo de valorizar a diferença entre os sexos.

As críticas à *écriture feminine*, inclusive por parte de outras feministas, foi relativa às escritoras não terem tecido críticas às condições quer passadas ou presentes das mulheres, além da ausência de propostas de mudança social. Ao defender uma “linguagem da mulher”, estariam mergulhando em uma especificidade e uma identidade femininas, que não só não mudariam o poder linguístico como também não seriam capazes de mudar o sexismo.<sup>153</sup>

Nancy Chodorow, em *Psicanálise da Maternidade - uma crítica à Freud a partir da mulher*, valeu-se da sua formação em Psicanálise e Sociologia para desnaturalizar a reprodução e a maternidade. Para isso ela questiona se há de fato na estrutura biológica das mulheres algo específico que as levem a desempenhar todo e qualquer cuidado infantil. Na verdade, no seu estudo, Chodorow buscou entender como se reproduz a diferença entre mulheres e homens no tocante às suas responsabilidades na organização dos cuidados com as crianças. A ideia defendida por Chodorow é que tal diferença se reproduz através da maternagem e por processos psicológicos induzidos estruturalmente que se reproduzem ciclicamente e acabam por definir este tipo de cuidado apenas para as mães.

Nada há na fisiologia das mulheres parturientes que as tornem especialmente adaptadas para o cuidado infantil posterior, nem há qualquer razão instintual pela qual elas devam ser capazes de executá-lo. Nem há qualquer coisa biológica ou hormonal para diferenciar uma “mãe substituta” masculina de uma feminina. O argumento biológico em favor da maternalidade das mulheres baseia-se em fatos que decorrem não do nosso conhecimento biológico, mas de nossa definição da situação natural tal qual ela surge de nossa participação em certos arranjos sociais. O fato de que as mulheres tenham um intenso e quase exclusivo papel materno deve-se a uma

---

<sup>153</sup> Cf. NYE, Andrea. *Teoria feminista e as filosofias do homem*. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1995.

transposição social e cultural das suas capacidades de dar à luz e amamentar. Não é assegurado ou causado por essas próprias capacidades.<sup>154</sup>

Chodorow expõe que, embora as configurações da família tenham mudado, com o capitalismo e a industrialização e a maior participação das mulheres na força de trabalho remunerado, elas continuam a executar as atividades maternas na família, em um aparente paradoxo, pois a sua função maternal psicológica aumentou na família, simultaneamente à diminuição do seu papel econômico e biológico nesta dimensão.<sup>155</sup> Assim, a autora, valendo-se também da teoria feminista, separa a maternidade (gestação e parto) da maternação, entendida como os cuidados com as crianças. Ela contribui para definir a maternação como o fundamento da organização social do gênero – a qual é a base da divisão sexual do trabalho e conseqüentemente da construção e reprodução da dominação masculina. Devido às responsabilidades das mulheres no cuidado com as crianças, a sua posição social é essencialmente doméstica, uma vez que a divisão do mundo social em duas esferas desigualmente valoradas entre gêneros diferentes reforça essa tendência.

Ao basear-se na psicanálise, mais especificamente na teoria do desenvolvimento masculino e feminino, Chodorow demonstra que a maternação das mulheres se reproduz ciclicamente, a partir do fato de as mulheres como mães produzirem filhas com a capacidade e com o desejo de maternar. Ela propõe então, a eliminação da atual organização do cuidado de filhos ao advogar um sistema no qual homens e mulheres sejam os responsáveis pelas crianças. O cuidado igualitário possibilitaria a emergência de capacidades positivas nas pessoas de ambos os gêneros, sem os enfoques na diferenciação rígida e muitas vezes destrutiva.<sup>156</sup>

As crianças poderiam desde o início serem dependentes de pessoas de ambos os gêneros e estabelecer um senso individuado do eu em relação com ambos. Desse modo, a masculinidade não se tornaria vinculada à negação de dependência e à desvalorização das mulheres. A personalidade feminina seria menos preocupada com a individuação, e as crianças não desenvolveriam temores da onipotência *materna* e as expectativas das qualidades peculiares de auto sacrifício das mulheres. Isso reduziria as necessidades dos homens de manter a sua masculinidade e seu controle das

---

<sup>154</sup> CHODOROW, Nancy. *Psicanálise da maternidade*. Uma crítica a Freud a partir da mulher. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990, p. 50.

<sup>155</sup> *Ibidem*, p.20.

<sup>156</sup> *Ibidem*, p. 265.

esferas social e cultural que tratam e definem as mulheres como secundárias e desamparadas, e ajudaria as mulheres a desenvolver a autonomia que uma participação demasiada no relacionamento tem usualmente tirado delas.<sup>157</sup>

No que diz respeito ao contexto feminista francês, o fim dos anos 1960 e início dos anos 1970 assistiu a uma diversificada produção ideológica e cultural, opondo-se as feministas universalistas, como Elisabeth Badinter e Evelyne Pisier, e as feministas diferencialistas, como Antoinette Fouque e Sylviane Agacinski. De um lado, as tendências marcadas por uma análise marxista mais clássica e de outro, as adeptas de uma análise política da psicanálise, configurando-se as tentativas de uma posição hegemônica no seio do movimento feminista.

Antoinette Fouque, uma das representantes do Mouvement de Libération des Femmes (M.L.F.), na França, defendeu em seus trabalhos a concepção “diferencialista” das mulheres. Por meio da psicanálise e das refutações à visão freudiana do corpo, ela afirma que as mulheres são fundamentalmente diferentes dos homens porque elas têm a possibilidade de conhecer as experiências e as alegrias da maternidade. O privilégio da gravidez poderia mudar tudo, no sentido de permitir às mulheres se abrir intimamente para o outro. Na perspectiva de Fouque, a experiência da gravidez é o modelo “de uma tolerância ao prazer do outro, de uma hospitalidade a um corpo estranho, de um dom sem dúvida, de um amor ao próximo, de uma promessa futura, de uma esperança carnal que repudia todo narcisismo absoluto, todo individualismo totalitário, todo racismo”<sup>158</sup>.

Em *A Política dos Sexos*, a filósofa francesa Sylviane Agacinski igualmente adota a posição das diferenças entre os homens e as mulheres, tomadas a partir de dados físicos naturais, e levadas à irredutibilidade pela experiência da procriação. Nesta obra, Agacinski elabora diversas críticas à Beauvoir em *O Segundo Sexo*, e a sua construção de sujeito autônomo, argumentando que as mulheres não são condenadas à passividade simplesmente pelas injunções sociais, a partir das arbitrariedades masculinas. Elas são, sim, mantidas em uma inércia inicialmente destinada pela natureza, pois, por trás da mulher fabricada pela história, enclausurada em um papel convencionalizado, existe uma segunda mulher natural, que já

---

<sup>157</sup> Ibidem, p. 269.

<sup>158</sup> FOUQUE, Antoinette. *Il y a deux sexes – Essais de féminologie*. Paris: Gallimard, coll. Le Débat, 2004. Apud ROTMAN, Charlotte. In: *Ênquete - A chacune son féminisme*. Libération Société. Disponível em: [www.liberation.fr/societe/2010/03/08/a-chacune-son-feminisme\\_613828](http://www.liberation.fr/societe/2010/03/08/a-chacune-son-feminisme_613828). Acesso em 02/07/14.

é alienada. O que a consagra à passividade é a sua pertinência biológica à espécie – destinada à fecundação e à procriação. Ao utilizar o seu conceito de mixidez da humanidade (a divisão do papel dos seres na geração), Agacinski coloca na dualidade sexual um valor fundamental, universal, pautado no biológico e gerador de singularidade e de heterogeneidade.<sup>159</sup>

A maternidade e a paternidade, para a filósofa, seriam possibilidades humanas essenciais e o ato de dar a vida seria simultaneamente a consequência de um imperativo natural – pertencente ao programa da espécie e da vida – e o resultado de um projeto deliberado que implica uma escolha. Sob esta alegação, é preciso conferir um sentido e um valor à procriação, qual seja, realizar um esforço de partilhar e de viver com outrem. A chegada de um filho seria capaz de levar as pessoas a transcender suas individualidades e preocupar-se com o outro e com o futuro, para além de suas próprias vidas<sup>160</sup>. É Agacinski quem nos fala:

Dar a vida, para uma mulher como para um homem, não poderia ser reduzido ao fato de prolongar, feliz ou infelizmente, o destino de uma espécie destinada a se “reproduzir” e que atribui à mulher o essencial desta tarefa. É preciso não ter nenhuma experiência da maternidade e nenhuma imaginação para reduzir o ato de dar à luz a seus aspectos mais biológicos. Colocar um filho no mundo e educá-lo, desde a mais tenra idade, envolve sempre, para os seres humanos, a questão suprema do sentido da existência.<sup>161</sup>

Agacinski junta ao debate, na sua obra, outras questões, como a homossexualidade, a procriação artificial e a clonagem e ainda a proposta de paridade na representação política. Entre as feministas francesas, o debate pela paridade conferiu novo fôlego ao feminismo na década de 1990, com a própria Agacinski defendendo, entre as diferencialistas, a paridade para se chegar à igualdade. De outro lado, Mona Ozouf e Elisabeth Badinter dispensaram a causa pela paridade, por considerá-la uma verdadeira política identitária de grupos, e com o risco de dar lugar a uma espécie de sexismo ao contrário. Para Badinter, uma lei que garantisse a representação das mulheres não seria a solução, pois seria a confirmação de um essencialismo mantenedor da mesma discriminação entre os sexos.

---

<sup>159</sup> AGACINSKI, Sylviane. *Política dos sexos*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999, p. 69,129.

<sup>160</sup> Ibidem, p.64.

<sup>161</sup> Ibidem, p.64.

A ênfase na diferença feminina foi apropriada pelas teóricas da corrente denominada “pensamento maternal” ou “política do desvelo”, na década de 1980, nas figuras de Jean Betke Elshtain e Sara Ruddick. A política do desvelo afirma que as mulheres seriam dotadas de um senso de justiça diferenciado e de uma ética orientada pelo cuidado, eivada de fundamentos morais. As supostas características femininas de sensibilidade maternal, afetividade, compaixão e por estarem “acostumadas” a cuidar e zelar pelos outros, tudo isso seria capaz de contribuir positivamente na esfera pública e anular as práticas corruptas e egoísticas do masculino.<sup>162</sup> As mulheres trariam para a política uma ética de solidariedade e de desvelo e poderiam contribuir nesta esfera com o seu olhar “diferenciado” nas áreas de educação, saúde, assistência social em detrimento da abordagem “de interesses” masculina, peculiar às atividades políticas.

A referência para a política do desvelo foi a obra da escritora estadunidense Carol Gilligan, intitulada *Uma voz diferente*. Seus escritos, também na linha psi, basearam-se no trabalho de Nancy Chodorow, porém centraram-se no desenvolvimento moral e no comportamento de meninos e meninas, relacionados à formação da identidade de gênero. Gilligan explica que a sua alusão à “voz diferente” caracteriza-se não pelo gênero, mas pelo tema (o padrão moral), embora ela utilize principalmente as vozes das mulheres para traçar o seu desenvolvimento. Contudo, a autora indica a interação dessas vozes – femininas e masculinas – dentro de cada sexo, focalizando uma distinção entre os dois modos de pensar.<sup>163</sup>

As críticas à Gilligan e ao pensamento maternal baseiam-se na utilização pelas autoras, de uma ideia a-histórica e essencialista da mulher, a respeito da suposta preferência feminina pelo estabelecimento de relações pessoais, como nos diz Scott:

Ao insistir sempre nas diferenças fixadas (no caso de Gilligan, ao simplificar os dados através da utilização das mais heterogêneas informações sobre o sexo e o raciocínio moral, para sublinhar a diferença sexual), as/os feministas reforçam o tipo de pensamento que desejam combater. Ainda que insistam na reavaliação da categoria do “feminino” (Gilligan sugere que as

---

<sup>162</sup> MIGUEL, Luis Felipe. A igualdade e a diferença. In: MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. *Feminismo e política*. 1.ed. São Paulo: Boitempo, 2014, p. 68.

<sup>163</sup> GILLIGAN, Carol. *Uma voz diferente* – psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982, p. 12.

escolhas morais das mulheres poderiam ser mais humanas do que as dos homens, elas não examinam a oposição binária em si).<sup>164</sup>

Em consonância, os rumos tomados pelo movimento feminista nas três últimas décadas geraram acirradas críticas por parte de alguns teóricos, como Elisabeth Badinter e Susan Faludi. Badinter analisa os equívocos do movimento a partir do momento em que se perdeu de vista a sua estratégia universal – a busca pela igualdade entre os sexos, cujos efeitos se fazem sentir na reinserção da mulher no ideal tradicional. Ao criticar o que ela denomina de feminismo vitimista, que só pensa em termos de dominação masculina, apelando para a diferenciação, Badinter alerta sobre os perigos das categorias binárias, que apagam a complexidade do real e encerram homens e mulheres em dois campos opostos ao promover uma nova hierarquia dos sexos em que o dominador é identificado com o mal, e o oprimido com o bem. Prossegue, afirmando que ao generalizar a humanidade em dois blocos opostos – a classe das mulheres e a classe dos homens – cai-se fatalmente na armadilha do essencialismo, contra a qual as feministas tanto lutaram. Ao equacionar o feminino como capacidade materna, define-se a mulher pelo biológico e neste retorno ao essencialismo a maternidade deixa de ser uma escolha para se tornar um destino. Sob o prisma da ideologia maternalista e naturalista, a esterilidade ou mesmo a recusa da maternidade assumem a conotação de doença ou anormalidade. Esse retorno à natureza reacende novamente o instinto maternal, o dever (imposto) da amamentação e a volta das mães trabalhadoras para o lar, devido à redução do seu horário de trabalho ou ainda a abdicação do mesmo em prol dos filhos. Eu acrescentaria que a procura e a difusão das tecnologias reprodutivas insere-se neste rol ao resgatar os antigos estereótipos da maternidade (biológica) como eixo da vida feminina e essência mesmo da feminilidade. A autora ressalta que ao eleger a diferença biológica como o critério de maior classificação dos seres humanos, cria-se a tendência de pensá-los em oposição uma ao outro, pois não existe uma masculinidade e uma feminilidade universais, e sim múltiplas masculinidades e feminilidades. Os rumos equivocados do feminismo dos últimos tempos a que alude Badinter são exatamente esses que provocaram um retorno da

---

<sup>164</sup> SCOTT, Joan W. *Gênero: Uma categoria útil de análise histórica*. Educação & Realidade, v.20, n.2, p.71-99, jul./dez.1995, p. 84.

diferenciação dos papéis sexuais e cada vez mais o distanciamento da igualdade entre os sexos.<sup>165</sup>

Sob a mesma perspectiva dos retrocessos do movimento feminista, Susan Faludi expõe os contra-ataques aos direitos das mulheres norte-americanas a partir dos anos 1980, movimento que ela denomina de Backlash. A autora enfatiza o caráter insidioso e mesmo destrutivo do movimento que embora não seja organizado, está disfarçado de maquinações ocultas e conta com várias “fontes” para a sua disseminação, como a mídia televisiva e escrita, a indústria da moda e da beleza, a psicologia popular e até a política nacional com os discursos da Nova Direita, uma verdadeira guerra contra os direitos das mulheres. Os objetivos do contra-ataque antifeminista, ao se utilizar de ameaças, códigos e mitos é, de acordo com Faludi, “tentar mais uma vez prender a mulher aos seus papéis aceitáveis – seja como filhinha de papai ou criaturazinha romântica, seja como procriadora ativa ou passivo objeto sexual.”<sup>166</sup>

Os reflexos antifeministas tencionam recolocar a mulher no trono cativo do lar, das injunções da maternidade e das práticas do mundo privado, eclipsando a luta do movimento feminista pela igualdade de direitos entre os sexos. Embora as várias vozes das mulheres continuem a se fazer ouvir no campo das lutas feministas, no que tange à reprodução percebe-se uma pseudo autonomia à liberdade individual, tanto no que refere a não opção pela maternidade quanto à escolha da mesma. As várias possibilidades de construção das maternidades e paternidades – genética, social, gestacional – encetadas por uma pluralidade discursiva esbarram, como já foi colocado anteriormente nas questões de gênero, classe, raça, etnia que lhes são subjacentes, além dos contextos históricos. A contracepção livre e o direito ao aborto legalizado não são uma realidade para inúmeras mulheres e a busca pelas tecnologias reprodutivas, embora se ancorem como uma possibilidade de escolha frente à maternidade e à paternidade ocultam o retorno ao essencialismo biológico e até mesmo a submissão dos indivíduos às regras médico-biológicas – sociais vigentes na atualidade.

---

<sup>165</sup> BADINTER, Elisabeth. *Rumo equivocado* – o feminismo e alguns destinos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005, p.53, 157,159-172.

<sup>166</sup> FALUDI, Susan. *Backlash: o contra-ataque na guerra não declarada contra as mulheres*. Rio de Janeiro: Rocco, 2001, p.21.

## **CAPÍTULO 3 – AS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS CONCEPTIVAS: UMA FÁBRICA DE SONHOS?**

Neste capítulo, cujo foco será a discussão sobre as tecnologias reprodutivas disponíveis na atualidade procurarei tecer as imbricações entre as técnicas e a questão da reprodução no seu âmbito mais geral, no contexto do seu surgimento, sem olvidar dos aspectos daí oriundos, como a medicalização do corpo, já pontuada brevemente em capítulos anteriores. Embora possa parecer à primeira vista um tanto enfadonha a descrição pormenorizada das técnicas empregadas, acredito ser pertinente esse esforço no sentido de alargar a compreensão sobre a complexidade da tecnologia, das suas variadas ofertas e de como tudo isso concorre para a saga em busca do filho biológico. No capítulo em que desenvolverei os resultados da pesquisa empírica propriamente dita ficará mais patente o papel das técnicas de reprodução assistida na vida dos casais inférteis e a forma como o seu aparecimento e difusão contribuíram favoravelmente na concretização dos seus objetivos de terem um filho. Os caminhos das tecnologias reprodutivas conceptivas serão colocados em uma temporalidade por mim designada de passado e presente-futuro, permeadas pelos discursos que vieram à tona no que concerne ao uso das técnicas e as intercessões entre outros campos do saber, como a medicina dos riscos e a Bioética.

### **3.1 A medicalização da reprodução**

O processo de medicalização da reprodução humana relacionou-se intimamente com a medicalização do corpo feminino, baseada principalmente na articulação entre a biologia, do ponto de vista orgânico e a dimensão histórica da construção social dos sujeitos como femininos ou masculinos, prefigurando-se a condição social de gênero, como tão bem nos traz Vieira.<sup>167</sup> É sobretudo por meio da biologia que a condição feminina será naturalizada e se espalhará pelas questões reprodutivas. Foi a partir do século XIX que a medicina, enquanto um conjunto de técnicas e práticas especializadas inserida como saber científico, surgiu no cerne da formação da sociedade capitalista. A higiene pública açambarcando a regulação dos nascimentos e a demografia, representou um dos artifícios para que a medicina se

---

<sup>167</sup> VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p.19.



estabelecesse na sociedade, o que acabou por aliar o seu aspecto de saber científico ao de prática social. Progressivamente o projeto de higienização se ampliou e passou do espaço público das cidades ao interior dos lares, em um verdadeiro mecanismo de controle social que se estendeu à sexualidade e à reprodução.<sup>168</sup> De acordo com Foucault, em sua conferência acerca do nascimento da medicina social, com o desenvolvimento do capitalismo em fins do século XVIII e início do século XIX, o corpo passou a ser socializado como força de trabalho e de produção, e tornou-se uma realidade bio-política, uma vez que o controle da sociedade começa no somático, no corpo e com o corpo, concomitantemente ao realce da medicina como uma estratégia bio-política<sup>169</sup>:

De maneira geral, pode-se dizer que, diferentemente da medicina urbana francesa e da medicina de Estado da Alemanha do século XVIII, aparece no século XIX e sobretudo na Inglaterra, uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas.<sup>170</sup>

A política dos Estados Modernos a partir do século XVIII premida pelo grande crescimento demográfico europeu, aliada à contribuição da medicina, conjugou uma nova economia da assistência à saúde e o bem-estar físico das populações com a emergência de uma “polícia” geral da saúde, cujo objetivo era preservar, manter e conservar a “força de trabalho”. A medicalização da reprodução representou um *continuum* desse processo de medicalização dos indivíduos e das famílias e de um novo olhar sobre a infância. Nas políticas de saúde organizadas pelo Estado estavam embutidas os cuidados e investimentos dirigidos à sobrevivência das crianças e ao seu desenvolvimento harmônico, de modo a tornar essa fase do desenvolvimento bastante útil. Nessa nova empreitada, o papel da família tornou-se imprescindível, por meio de novas regras e obrigações surgidas nas relações entre pais e filhos. Para além dos cuidados de ordem física (higiene do corpo, limpeza do espaço, cuidados com o vestuário apropriado, exercícios físicos, amamentação das crianças pelas mães), a família, como agente constante da medicalização deveria tornar-se um meio de responsabilidade moral privada, um espaço propício para a evolução das crianças rumo à

---

<sup>168</sup> Ibidem. P.20-22.

<sup>169</sup> FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, p.79-98, 1979, p.80.

<sup>170</sup> Ibidem, p.97.

constituição de um indivíduo adulto maduro. Assim, a política médica do século XVIII, através de um corpo profissional qualificado e com a literatura médica apropriada articulava de um lado, a organização da família no que se refere à boa saúde do corpo social, com um controle coletivo de higiene e técnica científica de cura, penetrando em diferentes estâncias de poder e transformando-se em instância de controle social<sup>171</sup>.

É ainda Vieira que aponta para o desenvolvimento, a apropriação e a legitimação dos cuidados com o corpo feminino que efetivou-se a partir do surgimento da obstetrícia, a qual deu origem a outras disciplinas médicas que pretendem cuidar do corpo feminino, como a ginecologia, a embriologia e a genética.<sup>172</sup> A autora arremata:

É nesse contexto que a medicalização do corpo feminino se insere: um dispositivo social que relaciona questões políticas mais gerais, a partir de questões populacionais, aos cuidados individuais do corpo feminino, normatizando, administrando e regulando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana. A medicalização do corpo feminino, com o desenvolvimento técnico da medicina, permite a formação e manutenção da sociedade em relação às questões de saúde que envolvem a reprodução humana, ao elaborar ideias que através de uma racionalidade moderna e científica visam ao entendimento e consequente intervenção nesse corpo como estratégia social<sup>173</sup>

Rohden reitera que a partir do aparecimento e da afirmação das especialidades médicas dedicadas exclusivamente às mulheres delimitam-se ainda mais as fronteiras da normalidade no que diz respeito ao corpo e à sexualidade femininos. Até essa época, as mulheres acometidas de algum mal, como a loucura, a prostituição, a prática de aborto ou infanticídio eram consideradas vítimas da falta de tutela de responsáveis por seus atos. A mudança no discurso médico refletiu-se na patologização da figura feminina, identificada doravante não mais como infantil e irresponsável, mas portadora de maus instintos, pertencente a uma raça inferior e uma criminoso em potencial, donde a necessidade de controle e normatização das esferas sexuais e reprodutivas.<sup>174</sup> Além disso, o surgimento da

---

<sup>171</sup> FOUCAULT, Michel. A política da saúde no século XVIII. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, p.193-207, 1979, p. 198-200.

<sup>172</sup> VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p.23.

<sup>173</sup> Ibidem, p.24.

<sup>174</sup> ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001, p. 70.

ginecologia ou da medicina da mulher, no século XIX, representou não apenas uma nova forma de tratar os órgãos reprodutivos da mulher, mas uma verdadeira ciência da feminilidade e das diferenças entre os sexos.<sup>175</sup>

As estratégias de medicalização da sexualidade e da reprodução variaram amplamente desde o século XIX, incluindo as práticas médicas eugênicas de esterilização de doentes mentais, de criminosos e alcoólatras, até as mais recentes e modernas formas de controle da fecundidade através dos contraceptivos injetáveis e orais, da instrumentalização e intervenção na gravidez, no parto e no puerpério, até as regras e normas de higiene e de puericultura dirigidas às mulheres- mães e crianças, como já explicitadas anteriormente. Para Corrêa, as novas formas de medicina representadas pelos progressos atuais da medicina genética e da reprodução assistida representam, na verdade, um extraordinário aprofundamento da vontade de saber e de domínio sobre os processos biológicos e corporais.<sup>176</sup> A autora inclui o surgimento da Reprodução Assistida – um conjunto de procedimentos técnicos capazes de possibilitar a gestação em condições médicas antes dificultadas ou impossíveis de acontecer espontaneamente – e a proposta de tais técnicas de intervenção sobre a ausência de filhos, no processo de medicalização social, em particular de medicalização da sexualidade e da reprodução. O “desvio” da norma social da maternidade e/ou da reprodução e dos seus significados simbólicos seriam legitimamente corrigidos através de bebês criados em laboratório.<sup>177</sup> Corrêa pontua que embora as novas tecnologias reprodutivas conceptivas sejam apresentadas como um dos principais marcos da revolução tecnológica realizada pela medicina, na realidade elas fazem parte de uma etapa mais recente de um processo cujas origens remontam ao fim do século XVIII. A atual medicalização da procriação não configura em si uma ruptura com a tradição médica nesse campo, que mantém contínua intervenção sobre a sexualidade e a reprodução humanas, particularmente o corpo da mulher.<sup>178</sup> A questão de gênero torna-se central na medicalização do processo reprodutivo humano em relação às variadas intervenções, uma vez que as técnicas, as pesquisas, os insumos e medicamentos são

---

<sup>175</sup> Ibidem, p.39.

<sup>176</sup> CORRÊA, Marilena Villela. *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, p.35.

<sup>177</sup> Ibidem, p.24.

<sup>178</sup> CORRÊA, Marilena Villela. *Novas tecnologias reprodutivas: bem-vindas reflexões feministas. Estudos Feministas*, Florianópolis, v.6, nº1, p.126-137,1998.

aplicados mais direta, incisiva e frequentemente sobre o corpo feminino, como teremos a possibilidade de ver no decorrer deste trabalho.

O processo de medicalização associado à proliferação da comercialização de equipamentos e serviços tecnológicos encerra em si mesmo um paradoxo: de um lado a medicina moderna conta com maiores recursos para propiciar o bem-estar físico e moral da humanidade, mas de outro amplia-se o leque de patologias para as quais a ciência biomédica ainda não tem respostas e/ou soluções, o que inúmeras vezes gera um aumento de sofrimento através do prolongamento de tratamentos onerosos e debilitantes, em detrimento do alívio de condições físicas aflitivas e/ou angustiantes. Cumpre evidenciar ainda que a ampliação da oferta e do consumo de produtos e práticas médicas concomitante à exclusão de significativa parcela da população dos países ditos em desenvolvimento a métodos diagnósticos e terapêuticos é outra faceta do processo de medicalização que merece ser evidenciada. Sob o aspecto da medicalização da família nas sociedades industriais modernas, Scavone relaciona a situação econômica-cultural da família aos diversos níveis de consumo das tecnologias médicas, através de um paralelo traçado entre a França e o Brasil quanto às tecnologias contraceptivas e conceptivas. Enquanto nos países do Norte, as técnicas contraceptivas são associadas à noção de direito individual adquirido o reflexo na família se faz pela passagem de uma maternidade inevitável para uma maternidade escolha, ao passo que nos países do Sul, exemplificado pelo Brasil, a difusão da contracepção e da tecnologia médica não se deu como direito adquirido e sim como prática de planejamento familiar e escamoteou o processo de escolha. Ela pondera que a inter-relação entre família e reprodução foi modificada pelo consumo de tecnologias e muitos aspectos relacionados ao privado, como sexo, procriação, maternidade e paternidade, são cada vez mais influenciados pela instituição médica. As desigualdades sociais e econômicas entre os sujeitos subjazem à aplicação dessas tecnologias, uma vez que a capacidade de consumo das mesmas é influenciada pelo status social das famílias.<sup>179</sup> Sobre as interferências das tecnologias médicas reprodutivas no grupo familiar: “Pode-se dizer que os laços de família - medicina se estreitaram: assim, temos a medicalização do não desejo da criança (contracepção); do desejo (procriação medicamente assistida); da espera da criança (do feto e da sua chegada ao mundo)”<sup>180</sup>.

---

<sup>179</sup> SCAVONE, Lucila. Impactos das tecnologias médicas na família. In: *Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e Ciências Sociais*. São Paulo: Editora UNESP, p.89-99, 2004.

<sup>180</sup> *Ibidem*, p. 98.

### 3.2 – O contexto de surgimento e de desenvolvimento das Tecnologias Reprodutivas Conceptivas

Até o início do século XIX não havia consenso em relação ao papel das células reprodutivas masculina e feminina, respectivamente espermatozoide e óvulo e suas funções. Foi a partir dos séculos XVI e XVII que um amplo e complexo processo de transformação teve lugar, a partir da perda de poder por parte da Igreja, o que facultou aos médicos a prática de atividades antes interditas pelo clero, como a dissecação de corpos humanos. Embora o corpo da mulher fosse visto como uma inversão do corpo masculino, a partir do século XVI a ideia aristotélica da mulher como mero receptáculo da semente masculina começou a ruir, em virtude da descoberta de que os chamados “testículos” femininos eram capazes também de produzir uma “semente”, embora inferior à masculina. Foi por volta de 1650 que Harvey descobriu que todo embrião se desenvolvia dentro de um ovo, e o mesmo que ocorria com os mamíferos acontecia com os seres humanos. Essa nova explicação na concepção estabelecia que a mulher produzia um ovo fecundado pela semente masculina e assim os dois sexos passaram a ser indispensáveis na geração. Contudo, cerca de 20 anos depois, o prestígio masculino na procriação foi restaurado a partir da descoberta por Anton Van Leuwenhoek, via microscópio, da presença de “animais” minúsculos no esperma masculino.<sup>181</sup> Spallanzani, no final do século XVIII realizou uma experiência de fecundação artificial utilizando ovos de rã e mostrou que os ovos que tiveram contato com o esperma, fora do corpo das rãs, foram fertilizados, contudo, até esse período não era clara a função do esperma. Foi somente em fins do século XIX, com a descoberta da teoria da célula e com os progressos da microscopia, que foi possível a demonstração de que o esperma realmente penetra o óvulo e mais: que a união entre óvulo e espermatozoide, o núcleo do esperma, resultava na fertilização.<sup>182</sup>

As primeiras experiências de substituição do coito na reprodução foram realizadas inicialmente em animais com o objetivo de incrementar a produção pecuária, já nas décadas de 1930-1940. Com o aperfeiçoamento e evolução das técnicas, estas foram difundidas para os casos de infertilidade humana, por meio da medicina e há relatos de inseminação humana na Europa e nos EUA na mesma época. A reprodução humana assistida engloba técnicas de

---

<sup>181</sup> KNIBIEHLER, Yvonne; FOUQUET, Catherine. *La femme et les médecins: analyse historique*. Paris: Hachette, 1983, p. 66-70.

<sup>182</sup> LAQUEUR, Thomas Walter. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001, p.212.

baixa complexidade, como a inseminação artificial, e técnicas de alta complexidade, representadas pela manipulação de gametas em laboratório, que são a fertilização in vitro (FIV) e a injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI).<sup>183</sup> Para maior clareza, apresento a seguir as variadas técnicas disponíveis na atualidade e a sua cronologia.

### **3.2.1 – Inseminação Artificial**

As técnicas de inseminação artificial, mais antigas e consideravelmente mais simples, consistem na transferência de sêmen, mediada pelo médico, para o aparelho genital feminino. Neste caso, o sêmen após ser obtido por via masturbatória é centrifugado (para separar os espermatozoides, e as impurezas), lavados com uma solução química especial e depois são capacitados: um processo que viabiliza a entrada do espermatozoide no óvulo. O sêmen é finalmente colocado em um cateter flexível e pode ser depositado na vagina (que tem o menor índice de sucesso), no colo ou cérvix do útero ou, o que é mais comum, colocado diretamente no interior do útero e a fecundação ocorre dentro do corpo feminino. Concebida e utilizada para a resolução de casos de infertilidade/esterilidade por fator masculino impeditivo da concepção, a inseminação artificial pode ser homóloga (quando se utiliza o próprio sêmen do homem no processo, sendo este fecundante) ou heteróloga (indicada nos casos de esterilidade por fator masculino nos quais o sêmen não tem capacidade de fecundação, ou mesmo nos casos de demandas de mulheres solteiras ou homossexuais). A inseminação artificial heteróloga, por utilizar a doação de espermatozoide de terceiros também é denominada de inseminação artificial com doador (IAD)<sup>184</sup>. Corrêa ressalta a difusão de outra técnica que veio se somar à inseminação artificial, que foi o congelamento de sêmen humano, ocorrido pela primeira vez em 1953. O congelamento de sêmen passou a ser utilizado por homens que iriam submeter-se a quimioterapia ou radioterapia, possibilitando o seu armazenamento de forma organizada em bancos de sêmen para posterior utilização. A criopreservação, ao possibilitar um intervalo entre a coleta do material e sua utilização, favorece a garantia de anonimato do doador e o sigilo quanto à doação, além de permitir ainda a pesquisa de DST ou anomalias cromossômicas geradoras de doenças hereditárias antes da ocorrência da fecundação na mulher. Corrêa ainda observa que o campo da reprodução assistida envolve a

---

<sup>183</sup> LUNA, Naara. *Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, p. 88-89.

<sup>184</sup> SERAFINI, Paulo et al. *O bê a bá da infertilidade*. São Paulo: Organon, 1998, p.85.

troca de material reprodutivo, como a doação de óvulos, de espermatozoides, embriões e até do útero, sendo que a doação de espermatozoide é prática antiga, remontando ao século XIX, ao contrário da doação de óvulos, que envolve procedimentos mais complexos para a sua produção e coleta.<sup>185</sup>

### **3.2.2 – Fertilização In Vitro (FIV)**

A descoberta e a aplicação da fertilização in vitro (FIV) para o tratamento da infertilidade representou um dos grandes avanços na esfera de medicina reprodutiva na época atual. O nascimento do primeiro bebê concebido em laboratório em 1978, Louise Brown, na Inglaterra, foi relatado por Patrick Steptoe e Robert Edwards. O resultado exitoso foi precedido por inúmeros estudos e tentativas de fertilização in vitro realizadas em animais e posteriormente em seres humanos e envolveu a observação atenta sobre o ciclo de regulação hormonal feminina. Já em 1971, Steptoe e Edwards implantaram o primeiro embrião em uma mulher e ao longo de seis anos eles utilizaram quase oitenta mulheres em suas pesquisas, mas foram malsucedidos.<sup>186</sup> A Fertilização In Vitro (FIV) foi originalmente destinada a tratar a esterilidade feminina oriunda de alterações nas trompas, o denominado fator tubário. No caso em questão, o homem e a mulher são produtores de células sexuais, porém aderências ou obstruções no local natural de encontro de gametas dificulta ou impossibilita a fecundação. Decorre daí a necessidade de fecundar o óvulo e o espermatozoide em laboratório e a posterior transferência do embrião para o útero. Podem ser utilizadas as células sexuais dos (as) próprios (as) pacientes ou de doadores.

O ciclo FIV é composto de quatro etapas: desenvolvimentos dos folículos ovarianos (em cujo interior se encontram os óvulos), coleta de ovócitos (óvulos), fecundação do óvulo em placa de Petri e crescimento do embrião e finalmente a transferência do embrião para o interior do útero. Segundo Luna, a partir dos anos 1960 iniciaram-se as experiências de indução da ovulação nos procedimentos de fertilização, por meio da administração às mulheres de citrato de clomifeno (Serofene®, Clomid®), gonadotrofinas de mulheres menopausadas (Pergonal®, Hmg), hormônio folículo-estimulante (FSH) e gonadotrofina

---

<sup>185</sup> CORRÊA, Marilena Villela. *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, p. 69, 72.

<sup>186</sup> Para maiores detalhes acerca do histórico da Fertilização in vitro na Inglaterra, nos EUA e na Austrália, ver COREA, Gena. *Man-made ovulation: The state of the art. The mother machine: reproductive technologies from artificial insemination to artificial wombs.* London: The Women's Press Ltd, 1988, p.100-143.

coriônica, a fim de obter um maior número de óvulos e conseqüentemente mais embriões para transferência, o que aumenta a eficácia da técnica. Contudo, um dos efeitos adversos oriundos dessa prática são as gestações múltiplas ou a formação de embriões excedentes, que se não forem implantados naquela tentativa, poderão ser congelados.<sup>187</sup> O desenvolvimento das técnicas de RA associou-se com o desenvolvimento do ultrassom. Inicialmente, em 1970 a coleta de óvulos ocorria por laparoscopia, um procedimento mais invasivo, que consiste na retirada cirúrgica e sob anestesia, dos mesmos. A identificação do momento da ovulação propício para captar o óvulo era feita através da dosagem do hormônio luteinizante (LH) no sangue, de três em três horas. No ano de 1981 houve registro da coleta laparoscópica guiada pelo ultrassom e a partir de 1985 a aspiração dos folículos começou a ser realizada por punção endovaginal guiado por uma agulha ligada ao transdutor de ultrassom, método esse utilizado até a atualidade<sup>188</sup>. O ultrassom endovaginal permite ainda monitorar e acompanhar o crescimento dos folículos ovarianos para avaliar o momento mais adequado para a aspiração dos óvulos. É um método indolor e são feitos vários durante o processo que culmina na FIV.

A retirada de óvulos por esta técnica (FIV) envolve um procedimento cirúrgico, realizado em ambiente especializado, com a paciente sob sedação e anestesia leve ou mesmo anestesia geral, à critério da equipe. Após a identificação dos óvulos no laboratório, estes são colocados em meio de cultura especial por aproximadamente 6 horas. Concomitantemente à aspiração de óvulos, uma amostra de sêmen do parceiro é obtida através de masturbação em recipiente esterilizado e é entregue ao embriologista no laboratório. Em seguida, o sêmen é lavado, processado e incubado e então é colocado no meio de cultura junto com o óvulo. Os gametas ficam imersos no meio de cultura por cerca de 18 a 24 horas e são periodicamente avaliados pelos embriologistas. Ao cabo das próximas 24 a 96 horas os embriões serão finalmente transferidos à paciente. O procedimento de transferência embrionária, ao contrário da punção folicular, é bem mais simples e não requer anestesia. Com o auxílio de um cateter fino e flexível introduzido dentro do útero pelo colo uterino, o embrião (ou embriões) é (são) colocado(s) no interior da cavidade uterina, onde completará (ão), espera-se, o seu desenvolvimento. Imediatamente após a transferência embrionária é solicitado que a paciente permaneça em imobilidade por um período de 1 a 4 horas, além da limitação de atividades de

---

<sup>187</sup> LUNA, Naara. *Provetas e clones...* p. 90, 91.

<sup>188</sup> *Ibidem*, p. 91.



alto impacto, porém as atividades habituais podem ser retomadas em torno de 24 a 48 horas<sup>189</sup>. Por volta de 12 dias após a transferência, na ausência de menstruação, a paciente realiza o exame Beta-hcG no sangue, o qual confirmará ou afastará a gravidez. A partir da confirmação bioquímica da gravidez é necessária a realização de um ultrassom para detectar o batimento cardíaco fetal a partir da 6ª semana. Daí por diante as condutas variam de serviço para serviço: alguns optam por acompanhar a paciente até o fim do 1º trimestre, concomitante ao seu acompanhamento com o obstetra de escolha, ao passo que outros serviços preferem encaminhar as suas pacientes de imediato, sem acompanhamentos paralelos pelo serviço de reprodução assistida.

### **3.2.3- Transferência Intratubária de Gametas (GIFT - Gametes Intrafallopian Transfer)**

A partir da FIV foram desenvolvidas outras técnicas de manipulação de células reprodutivas e transferência de embriões, a exemplo da Transferência Intratubária de Gametas (GIFT). Denomina-se GIFT o procedimento através do qual os gametas ou células reprodutivas masculinas e femininas (respectivamente espermatozoide e óvulo) são misturados e introduzidos, através de videolaparoscopia, em uma ou em ambas as trompas de Falópio. Com a transferência dos gametas para as trompas, o esperado é que a fertilização ocorra nesse local, de forma idêntica ao que acontece na reprodução sem técnicas de intervenção. Após ser fertilizado, o embrião “caminha” para o útero onde se afixará e se desenvolverá. A indicação médica primordial para a utilização de GIFT são pacientes que apresentem as trompas com funcionamento normal, seguidas de mulheres com infertilidade sem causa aparente, portadoras de endometriose, hostilidade do muco cervical, insucessos com a inseminação artificial ou ainda casais cuja infertilidade resulte de fatores masculinos leves.<sup>190</sup>

As etapas básicas para a realização de GIFT são similares àquelas para a realização da FIV, como a estimulação hormonal da ovulação, coleta dos óvulos maduros, lavado dos espermatozoides e finalmente a transferência de gametas. A principal diferença entre a FIV e a GIFT é que na GIFT fecundação ocorre dentro do corpo da mulher e não é monitorada pelos

---

<sup>189</sup> SERAFINI, Paulo et. al. *O bê a bá da infertilidade*. São Paulo: Organon, 1998, p. 91.

<sup>190</sup> Ibidem, p. 95.

embriologistas, diferentemente da FIV, em que a fertilização dos gametas ocorre em placa de laboratório. Decorre da diferença das técnicas a sua indicação: na GIFT as trompas de Falópio necessitam ser permeáveis e funcionais, ao passo que a FIV é uma técnica que se destina ao “tratamento” de infertilidade de mulheres com patologia tubária, ausência das trompas e outros.<sup>191</sup>

### **3.2.4 Transferência Intratubária de Zigotos (ZIFT- Zygote Intrafallopian Transfer)**

A sigla ZIFT designa o procedimento de transferência do zigoto ou ovo (ou seja, do óvulo já fertilizado, porém antes do início da divisão celular embrionária) para as trompas de Falópio. Para a realização da ZIFT é necessária a coleta dos óvulos por aspiração transvaginal, (de forma idêntica à realizada na FIV e na GIFT), e estes são fertilizados em tubos de ensaio, fora do corpo feminino. A partir da fertilização dos óvulos e no seu estágio de pró-núcleo é que serão transferidos para a trompa, através de videomicrolaparoscopia ou de laparoscopia convencional. Outra técnica também passível de ser utilizada é a chamada TETE (Transferência Tubária de Embriões): por volta de 24 horas após a fertilização do óvulo, inicia-se o processo de divisão celular e este se torna um embrião de duas células. A TETE é realizada justamente nesse estágio (de divisões celulares) para a trompa. As técnicas ZIFT e TETE diferem da GIFT porque nelas a fertilização ocorreu em laboratório, ao invés de nas trompas, como na GIFT. Por outro lado, GIFT, ZIFT e TETE diferem da FIV porque os óvulos fertilizados são transferidos para as trompas e não para o útero, como acontece na FIV. Ressalte-se também que os custos para a realização da ZIFT, GIFT e TETE são mais elevados do que os de realização da FIV, devido ao fato de serem necessários procedimentos cirúrgicos mais onerosos para a transferência dos embriões.<sup>192</sup>

### **3.2.5 Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI – Intracytoplasmic Sperm Injection)**

A técnica ICSI, uma variação da fertilização in vitro (FIV) é considerada a descoberta mais relevante no “tratamento” da esterilidade humana, pois a partir dela muitas causas de

---

<sup>191</sup> Ibidem, p.97.

<sup>192</sup> Ibidem, p.97.

infertilidade por fator masculino passaram a ser solucionadas. Em 1991, foi injetado de modo não proposital um espermatozoide no citoplasma de um óvulo e ocorreu a fertilização. Com o incremento da técnica em 1992 nasceu o primeiro bebê ICSI. O procedimento ICSI utiliza micro agulhas feitas de tubos capilares de vidro cuja ponta é capaz de perfurar o óvulo e introduzir um único espermatozoide em seu interior, guiado por controle remoto pelos micromanipuladores. Após a microinjeção, o óvulo é levado à incubadora e inspecionado cerca de 18 horas depois. Se houver sinais de fertilização normal, com a presença de dois prónucleos, a transferência embrionária é programada para a paciente.<sup>193</sup> Da mesma forma, a ICSI possibilita o aproveitamento máximo dos gametas do casal e acaba por tornar desnecessários os recursos de doação de sêmen ou de embriões de terceiros.

### **3.2.6 Diagnóstico Genético Pré- Implantação (PGD)**

O PGD é uma técnica complementar na Reprodução Assistida que consiste na pesquisa e investigação de embriões humanos diante de pacientes com histórico de patologias genéticas familiares. É realizada uma biópsia no embrião com o objetivo de testagem antes da sua transferência ao útero. O exame tem se mostrado muito efetivo para doenças como a distrofia muscular de Duchenne, Doença de Tay-Sachs, Síndrome de Lesch- Nyhan e doenças ligadas ao cromossoma X, como a Síndrome do X frágil e a adrenoleucodistrofia, e é realizado também em mulheres que já ultrapassaram os 35 anos de idade, pois o aumento das taxas de alterações cromossômicas mantém direta correlação com o avançar da idade.

### **3.2.7 Congelamento de embriões**

Trata-se de outra técnica adjuvante na reprodução assistida atualmente adotada em todos os grandes centros de reprodução humana. A primeira gravidez resultante do congelamento de embriões foi relatada na Austrália, em 1983 e os resultados favoráveis com esse processo giram em torno de 10 a 12% por transferência. Com o auxílio de microcomputadores que programam o resfriamento do embrião de forma sincronizada e em um tempo ideal, o embrião é previamente tratado quimicamente para a retirada de toda a água das células e passa para o estado sólido. Uma vez atingida uma determinada temperatura negativa, ele é colocado em um tanque de nitrogênio líquido e catalogado. Quando da sua

---

<sup>193</sup> Ibidem, p.104.

utilização, o processo de aquecimento é realizado e a reidratação é feita em curto período de tempo. Antes de efetuar a transferência são checadas a integridade celular e a viabilidade do embrião, sendo que a sobrevivência embrionária ao processo de congelamento e aquecimento é de aproximadamente 60 a 70%.<sup>194</sup>

### **3.2.8 Aspiração Percutânea de Espermatozoides do Epidídimo – PESA e Aspiração Testicular de Espermatozoides – TESA**

Como já mencionado previamente, a ICSI revolucionou o padrão de infertilidade por fator masculino nos últimos anos, na medida em que possibilita que um homem possuidor de um único espermatozoide possa realizar a fertilização do óvulo e tornar-se pai. Foi demonstrado recentemente que a coleta direta de espermatozoide do epidídimo ou do testículo pode resultar na fertilização do óvulo. Esse método de recuperação do espermatozoide foi empregado inicialmente na Inglaterra. A sua grande vantagem é ser um método bem menos invasivo do que a microcirurgia de abertura da bolsa escrotal realizada anteriormente. É procedimento feito sob sedação leve e anestesia local em que uma pequena agulha conectada a uma seringa é dirigida ao epidídimo (ou testículo) e aspirado o seu fluido. O material obtido é imediatamente examinado ao microscópio pelo embriologista a fim de verificar a presença de uma quantidade viável de espermatozoides. A PESA E a TESA são aplicáveis a pacientes com quadro de vasectomia prévia e que não obtiveram sucesso com a reversão da cirurgia, pacientes com ausência congênita ou obstrução dos canais deferentes, pacientes com disfunção ejaculatória consequente a patologias orgânicas ou mesmo psicoemocionais. São reportados com o procedimento (PESA) taxas de fertilização de 10-60% e de gravidez de 20-40%.<sup>195</sup>

### **3.3 O cenário de surgimento das Tecnologias Reprodutivas Conceptivas no Brasil**

Corrêa faz uma retrospectiva do percurso inicial das técnicas de reprodução assistida no país em seguida ao nascimento do primeiro bebê de proveta no mundo, em 1978. O registro de nascimento do primeiro bebê de proveta no Brasil deu-se em 1984 e foi cercado de bastante polêmica acerca de sua veracidade, devido ao ineditismo do fato e ainda por parte de

---

<sup>194</sup> Ibidem, p.100, 101.

<sup>195</sup> Ibidem, p.109-111.

sua autoria. Equipes médicas diversas atribuíram para si a responsabilidade por tamanha proeza, juntamente com a publicação em revistas especializadas nacionais sobre o passo a passo das pesquisas, o manejo das técnicas e sua eficiência. Finalmente um versado especialista no campo da reprodução humana assistida obteve o reconhecimento da legitimidade da sua ação e se seguiu uma ampla divulgação pública.<sup>196</sup>

Aponta-nos a autora que as práticas de reprodução assistida chegaram ao Brasil quase que exclusivamente por meio da medicina privada. As inovações no campo biomédico, como a cirurgia cardíaca, a hemodiálise, os transplantes foram tradicionalmente introduzidas no país através das universidades públicas e/ou dos serviços universitários, até mesmo em função dos elevados custos em pesquisa tecnológica de ponta e pelo fato de o corpo de profissionais mais qualificados se concentrar nesses locais. Isto posto, com as técnicas de reprodução assistida o caminho percorrido foi o inverso, pois os médicos envolvidos com a pesquisa completavam a sua formação especializada em serviços conceituados no exterior e transferiam, posteriormente, essas práticas para os serviços privados, embora geralmente trabalhassem também nos serviços públicos. No início da década de 1980, antes mesmo do nascimento do primeiro bebê de proveta brasileiro, a imprensa noticiava que pequenos grupos de especialistas em reprodução humana realizavam seminários e cursos em serviços privados, em parceria com médicos estrangeiros convidados a promover e divulgar técnicas de FIV por aqui, o que contribuía favoravelmente para alargar seu campo de experiência e angariar prestígio na área. Pacientes inscritas como “voluntárias” (grifo da autora) em programas de reprodução assistida de clínicas privadas em São Paulo submetiam-se à tentativas de fertilização in vitro sob a responsabilidade da equipe brasileira, mas contavam com a supervisão dos especialistas estrangeiros, pois que tais práticas ocorriam concomitantemente à presença desses especialistas no país. O quilate profissional dos pesquisadores estrangeiros pode ser avaliado pela presença aqui no país, (e estamos falando da década de 1980), de Steptoe e Edwards, os dois médicos ingleses responsáveis pelo nascimento do primeiro bebê de proveta do mundo e de René Frydman, o obstetra que realizou o parto do primeiro bebê nascido por FIV na França.<sup>197</sup>

---

<sup>196</sup> CORRÊA, Marilena Villela. *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ...* p.111.

<sup>197</sup> Ibidem, p. 145, 146.

Parece acertado supor o caráter restrito das tecnologias reprodutivas conceptivas, em seus primórdios, em termos de seu oferecimento para a população no Brasil, mas sobre esse aspecto tornam-se necessárias algumas ponderações. Inicialmente a dificuldade de acesso poderia ser atribuída aos elevados custos do “tratamento” privado que incluía ainda a compra, por parte dos pacientes, em muitos serviços, das medicações indutoras da ovulação, de valores não desprezíveis. Outro fator que se soma a este diz respeito à publicidade em torno do nascimento do primeiro bebê de proveta brasileiro, que ficou restrita às principais cidades do país, como nos lembra Corrêa.<sup>198</sup> Assim, uma grande parcela da população, inicialmente sequer teve conhecimento da existência e da aplicabilidade das técnicas de fertilização in vitro, fato que com o decorrer do tempo foi se modificando no que tange ao conhecimento acerca das tecnologias disponíveis. Em contrapartida, não se pode negar a importância do intercâmbio das equipes médicas brasileiras com os especialistas estrangeiros em reprodução humana, pois esse enlace contribuiu de forma efetiva para o aprimoramento e consequente disseminação das técnicas.

Ainda hoje, 30 anos após a primeira fertilização in vitro, o caráter “excludente” das técnicas de reprodução humana assistida se mantém, pois nos países em desenvolvimento os cuidados e o acesso à reprodução assistida têm sido negligenciados pelos governos. Os serviços estão frequentemente indisponíveis ou disponíveis apenas sob elevados custos para a maior parte da população. Muitas razões justificam a carência desses serviços, dentre as quais a existência de outros problemas urgentes e que envolvem risco de vida e a ideia que a reprodução assistida demanda alta tecnologia em um cenário de poucos recursos. Se levarmos em consideração que no Brasil existe atualmente em torno de 47 milhões de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos de idade) e pelo menos quatro milhões de casais inférteis, podemos ter uma noção da magnitude do problema e de como este é frequentemente pouco notado e menos ainda estudado.<sup>199</sup>

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no Brasil pela Constituição Federal de 1988 e elenca entre os seus princípios a universalidade, a integralidade e a equidade na atenção à saúde, entendida como direito de cidadania a ser garantido a todos e como dever do Estado, em todas as suas esferas: Municipal, Estadual e Federal. Contudo, em que pesem a

---

<sup>198</sup> Ibidem, p. 112.

<sup>199</sup> MAKUCH, María Y et al. Inequitable access to assisted reproductive technology for the low-income brazilian population: a qualitative study. *Human Reproduction*, vol.26, nº8, p.2054-2060, 2011.

crescente busca pelo tratamento da infertilidade por meio da RA (ou a crescente demanda pela RA) e o direito à saúde como livre exercício da cidadania garantido pelo referido diploma, não há no país Lei que trate sobre a reprodução humana assistida. Para preencher essa lacuna legal e os aspectos normativos ainda incipientes, abriram-se precedentes para que o Conselho Federal de Medicina (CFM) via Resoluções e Normas, atuasse nas situações éticas relativas ao uso das tecnologias reprodutivas conceptivas. Assim, na tentativa de coibir os excessos e possíveis maus usos das técnicas, o CFM publicou em 1992, a Resolução nº 1358, a qual trazia as normas éticas relativas à utilização das técnicas, coadunando-as com o reconhecimento da infertilidade humana como um problema de saúde. Sob este prisma, a utilização das técnicas deveria ser estendida apenas às situações em que outros tratamentos não se fizessem possíveis. Por essa Resolução, estava assegurado o sigilo dos procedimentos; aprovação da prática sem caráter comercial; garantia da preservação do anonimato para doadores de gametas ou de embriões e limitava em quatro o número de embriões a serem transferidos. A Resolução proibia ainda a redução e o descarte de embriões, bem como a pré-seleção embrionária por sexo ou por outras características biológicas, restringindo a seleção embrionária com o único fim de evitar a transmissão de doenças hereditárias. Outra disposição contida na Resolução dizia respeito à geração de embriões, que poderia ser feita pela própria doadora ou mediante cessão do útero (a gestação substituta), desde que a mãe genética e a mãe gestacional possuíssem parentesco até o 2º grau. Permitia ainda a realização da FIV em mulheres solteiras capazes e em mulheres casadas ou em união estável, com a condição de aprovação do cônjuge ou companheiro.<sup>200</sup>

O Ministério da Saúde passou a reconhecer a demanda por atendimentos em reprodução assistida em 2005, o que culminou com o anúncio da Portaria nº 426/GM, em 22 de março de 2005, que instituía a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, objetivando a atenção integral em reprodução humana assistida e a melhoria do acesso a esse atendimento especializado, foi em atenção ao fato de que, naquela época, segundo dados da Organização Mundial de Saúde e de sociedades científicas, aproximadamente 8 a 15% dos casais apresentavam algum problema de infertilidade durante a sua vida fértil. A Política objetivava ainda definir os critérios

---

<sup>200</sup> Brasil. Resolução nº 1.358/1992 do Conselho Federal de Medicina, de 11 de novembro de 1992. Disponível em: [www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/1992/1358\\_1992.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/1992/1358_1992.htm). Acesso em 06 de setembro de 2016.

mínimos para o funcionamento , monitoramento e avaliação dos serviços que realizassem as técnicas de reprodução assistida. A referida ação deveria ser implantada em todas as Unidades da Federação de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde.<sup>201</sup> No mesmo ano de 2005, em 24 de março, foi instituída a Lei de Biossegurança (Lei nº 11.105), que estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização sobre a construção, o cultivo, a produção, a manipulação, o transporte, a transferência, a importação, a exportação, o armazenamento, a pesquisa, a comercialização, o consumo e descarte dos organismos geneticamente modificados – OGM - e seus derivados, na área de biotecnologia e biossegurança, com vistas à proteção à vida e à saúde humana. A Lei de Biossegurança traz em seu art.5º, para fins de pesquisa e terapia, a permissão da utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por fertilização in vitro e não utilizados no respectivo procedimento, resguardadas algumas condições<sup>202</sup>.

Em complemento às normatizações referentes às práticas de reprodução assistida, cito a Portaria SAS nº 388, de 06 de julho de 2005, atrelada à Portaria nº426/2005, na qual o Ministério da Saúde considerava, entre outros aspectos, a necessidade de regulamentar a atenção em reprodução humana assistida aos casais inférteis, aos portadores de doenças genéticas e aos portadores de doenças infecto-contagiosas, em especial os portadores do HIV e das Hepatites virais usuários do SUS, aos serviços de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida. A Portaria determinava que as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal em conjunto com os municípios, tomassem as providências necessárias para organizar e implementar as redes de saúde de atenção em reprodução humana assistida, sendo o Estado o responsável pela coordenação da rede. Essa Portaria também estabelecia disposição sobre o credenciamento e habilitação dos serviços de referência em relação ao SUS e ainda determinava a obrigatoriedade de todos os serviços de atenção em Reprodução

---

<sup>201</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº426/GM, de 22 de março de 2005. Brasília/DF: 2005. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/portaria\\_426\\_ac.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/portaria_426_ac.htm). Acesso em 06 de setembro de 2016.

<sup>202</sup> As condições a serem atendidas são: que os embriões a serem utilizados sejam embriões inviáveis ou sejam congelados há 3 (três) anos ou mais, na data da publicação desta Lei ou que, congelados na data de publicação desta Lei, depois de completarem três (3) anos, contados a partir da data de congelamento e em qualquer caso é necessário o consentimento dos genitores. Brasil. Lei nº 11.105/2005, de 24 de março de 2005. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111105.htm). Acesso em 06 de setembro de 2016.



Humana Assistida de serem vistoriados pelo órgão de Vigilância Sanitária local bem como cumprir as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA<sup>203</sup>.

Cumpram evidenciar que as Portarias de nº426/2005 e de nº388/2005 tiveram existência breve e suas metas não foram concretizadas, vez que o Ministério da Saúde publicou em 13 de julho de 2005, nova Portaria de nº 1.187/2005, pela qual suspendia – pelo período de 30 dias – a validade das Portarias mencionadas anteriormente, sob a justificativa da necessidade de análise dos impactos orçamentários e financeiros das medidas recém-lançadas<sup>204</sup>. Até o presente momento as normas referentes à Política de Atenção em Reprodução Assistida não foram oficializadas. Na realidade, as Portarias acabaram por criar uma oferta parcial, insuficiente e não igualitária aos serviços de reprodução humana assistida a partir do momento em que não houve uma organização desses serviços (inclusive com previsão de dotação orçamentária para as técnicas de média e alta complexidade) de forma efetiva para garantir o acesso real e igualitário aos usuários.

Ainda no quesito regulamentações sobre a reprodução assistida no Brasil, seguiram-se duas publicações sob a forma de Resoluções por parte do Conselho Federal de Medicina (CFM), a saber: A Resolução nº1957/2010 substituiu em sua totalidade a Resolução 1358/1992. A nova Resolução trouxe alguns aspectos não abordados anteriormente, como a ampliação dos beneficiários às técnicas de reprodução assistida, pois todas as pessoas capazes (não há menção a gênero, estado civil ou orientação sexual) poderiam ser receptoras das técnicas de reprodução assistida. Também foi contemplado um avanço tecnológico e científico no que diz respeito à reprodução assistida *post mortem*. Tal prática não se constitui ilícito desde que haja autorização prévia específica do cônjuge falecido (a) para o uso do material criopreservado.<sup>205</sup> Em 2013, considerando a importância da infertilidade humana como um problema de saúde, inclusive com repercussões médicas e psicológicas, e ante o reconhecimento pelo Supremo Tribunal Federal (STF) da união estável homoafetiva como entidade familiar, o CFM publicou em 16 de abril de 2013 a Resolução nº2. 013/2013. Esse dispositivo dispõe sobre as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução

---

<sup>203</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº388, de 06/07/2005. Disponível em: LegiswebLTDA[BR]<http://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=192801>. Acesso em 08 de setembro de 2016.

<sup>204</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº1.187, de 13 de julho de 2005. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1187\\_13\\_07\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1187_13_07_2005.html). Acesso em 08 de setembro de 2016.

<sup>205</sup> Brasil. Resolução nº1957/2010 do Conselho Federal de Medicina, de 15 de dezembro de 2010. Disponível em: [www.portalmédico.org.br/resoluções/CFM/2010/1957\\_2010.htm](http://www.portalmédico.org.br/resoluções/CFM/2010/1957_2010.htm). Acesso em 08 de setembro de 2016.

assistida e revoga a Resolução nº 1.957/10. Alguns aspectos inovadores merecem atenção, tais como: a idade máxima das candidatas à gestação de reprodução assistida passou a ser limitada para 50 anos; bem como as doadoras temporárias de útero (na gestação substituta) devem pertencer à família de um dos parceiros num parentesco consanguíneo de até quarto grau, mas respeitando a idade limite de até 50 anos; os embriões criopreservados com mais de 5 (cinco) anos poderão ser descartados respeitada a vontade dos pacientes e passou a ser permitido o uso das técnicas de reprodução assistida para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras.<sup>206</sup>

Em 16 de julho de 2015, foi publicada a mais recente normatização do Conselho Federal de Medicina a respeito da reprodução assistida – é a Resolução 2.121/2015, que revoga a Resolução CFM 2.013/13. As alterações trazidas pela Resolução 2.121/2015 ampliam os direitos das mulheres que recorrem à reprodução assistida em respeito a sua autonomia, na medida em que as mulheres com mais de 50 anos que desejarem engravidar usando as técnicas de RA não mais precisarão do aval do CFM, desde que em parceria com o seu médico, assumam os riscos de uma gravidez tardia. A Resolução nº 2.121/15 também esclareceu sobre a utilização da RA por casais homoafetivos femininos, ao permitir a gestação compartilhada, em que não exista infertilidade. Isso significa que uma mulher pode transferir o embrião gerado a partir da fertilização de um óvulo de sua parceira. A nova Resolução aperfeiçoa a questão de doação de gametas e mantém a proibição quanto à prática lucrativa e comercial. Pela norma, só podem ser doados espermatozoides, respeitada a idade limite de 50 anos para os homens. Já para as mulheres, respeitada a idade de 35 anos para a doadora, é permitida a doação compartilhada de oócitos. Nessa situação, as pacientes portadoras de problemas de reprodução, compartilham o material biológico e os custos financeiros que envolvem os procedimentos, na medida em que a paciente doadora pode receber ajuda no custeio do tratamento por outra mulher que não tenha óvulos em condições de serem fertilizados. A paciente receptora do material genético, ao contribuir financeiramente com os procedimentos da outra, terá direito a uma parte dos óvulos gerados pela doadora. É óbvio supor que tal acordo é mediado pelo serviço de reprodução assistida e não pode envolver trocas pecuniárias ou vantagens outras. Acresce-se ainda a obrigatoriedade do sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. É oportuno

---

<sup>206</sup> Brasil. Resolução nº 2.013/2013 do Conselho Federal de Medicina, de 16 de abril de 2013. Disponível em: [www.portalmédico.org.br/resoluções/CFM/2013/2013\\_2013.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resoluções/CFM/2013/2013_2013.pdf). Acesso em 08 de setembro de 2016.

esclarecer que as Resoluções do CFM não possuem expressão legal e regulamentam apenas a atuação do médico, porém o seu descumprimento por parte dos profissionais envolvidos poderá resultar em sanções. Tais resoluções são as únicas normas no Brasil a tratar especificamente do assunto, pois o Congresso Nacional ainda não produziu nenhuma lei a respeito.<sup>207</sup>

Por tudo exposto, constata-se que não obstante os avanços tecnológicos e aprimoramentos introduzidos, no Brasil os serviços de reprodução assistida disponíveis não são capazes de suprir a crescente demanda e em sua maioria estão concentrados em clínicas particulares. A população economicamente menos favorecida não pode acessar esses serviços, pois o Sistema Único de Saúde disponibiliza uma quantidade restrita desses locais. Ademais, os planos privados não oferecem cobertura para tais tratamentos. Além disso, o longo tempo de exames e de espera para a realização dos procedimentos, constitui uma enorme barreira, sobretudo para mulheres com idades em torno de 35 anos de idade ou mais velhas. Samrsla et al., em uma pesquisa sobre a expectativa de mulheres que aguardavam tratamento para infertilidade no ano de 2004, no Hospital Regional da Asa Sul, em Brasília - considerado referência na rede pública de saúde do Distrito Federal - chegou a uma relevante conclusão em relação ao tempo de espera das pacientes. Ela dividiu as mulheres da pesquisa em dois grupos: um grupo em fase de investigação diagnóstica e outro grupo em fase de espera de tratamento. Em ambos os grupos, o tempo informado de espera pelo tratamento de infertilidade foi de 2 a 4 anos. No entanto, entre as mulheres já inscritas na fila, ao serem entrevistadas, relataram um tempo de espera superior a quatro anos<sup>208</sup>.

Por outro lado é um trabalho complexo e difícil determinar com exatidão o número de serviços que realizam procedimentos especializados na área de reprodução humana assistida no país pelo fato de não existir um cadastramento obrigatório dos mesmos, como acentua Garcia. De acordo com essa autora, o único registro obrigatório é da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio do Sistema de Produção de Embriões (SisEmbrio)<sup>209</sup>; entretanto, esse cadastramento é para os chamados Bancos de Células e Tecidos

---

<sup>207</sup> *Jornal do Conselho Federal de Medicina*. Brasília, DF: Setembro/2015. p.08. Cf. Resolução nº 2.121/2015. Disponível em: [www.portalmédico.org.br/resoluções/CFM/2015/2121\\_20\\_2121\\_2015.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resoluções/CFM/2015/2121_20_2121_2015.pdf).

<sup>208</sup> SAMRSLA et al. Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público do DF – Estudo Bioético. *Revista Associação Médica Brasileira*, v.53, nº 1, p.47-52, 2007, p.50.

<sup>209</sup> O Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio), criado em 2008, é um sistema desenvolvido pela ANVISA com o objetivo de conhecer o número de embriões humanos produzidos pelas técnicas de fertilização

Germinativos (BCTGs), mais conhecidos como clínicas de Reprodução Humana Assistida. A propósito, para a realização de um procedimento de RA de alta complexidade é necessário um BCTG para o armazenamento de gametas e embriões, porém há serviços que terceirizam este armazenamento e a implantação do embrião nas pacientes. A consequência é que a clínica que não possui BCTG não tem obrigatoriedade de estar cadastrada na ANVISA<sup>210</sup>. O 9º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio traz diversas informações sobre a produção de embriões, seu congelamento e doação para pesquisa com células-tronco, além dos serviços cadastrados pelo Sistema no Brasil. Assim, até 18/02/16, o SisEmbrio recebeu dados de 141 serviços (BCTGs) referentes à produção de embriões no ano de 2015. Do total de 141 serviços com BCTGs, 78 estão na região Sudeste (cerca de 70%), sobretudo nos estados de São Paulo (43 serviços) e de Minas Gerais (20 serviços). O estado do Rio de Janeiro computa 12 serviços e o Espírito Santo apenas três serviços. A região Sul concentra 32 serviços (12%), em maior número no Paraná, seguida da região Nordeste (11%), com serviços cadastrados na BA, CE, MA, PB, PE, PI, RN e SE. A região Centro-Oeste com sete serviços corresponde a 6% do total de Bancos no país, e a região Norte concorre com 1% (três serviços com BCTGs). De acordo com as informações dos 141 BCTGs foram realizadas 73.472 transferências de embriões para as pacientes que realizaram técnicas de fertilização *in vitro* no Brasil. Além disso, foram reportados mais de 35.615 ciclos de fertilização com mais de 327.748 oócitos produzidos. Também são publicados os indicadores de qualidade dos BCTGs por serviço e por unidade federada, em um contexto nacional e regional.<sup>211</sup> A importância da divulgação dessas informações é que tais indicadores poderão ser utilizados como parâmetros de eficiência pelos próprios serviços, em busca sempre da melhoria dos seus processos. Acresce-se também uma maior transparência para os usuários na possível escolha

---

*in vitro*, criopreservados nos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTGs) ou embriões doados para pesquisa com células-tronco embrionárias; divulgar informações sobre a produção de células e tecidos germinativos (oócitos e embriões) no Brasil; divulgar os indicadores de qualidade dos Bancos de Células e Tecidos e avaliar/inspecionar os BCTGs. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33840/2817584/9º+Relatório+do+Sistema+Nacional+de+Produção+de+Embriões++SisEmbrio/94d6467b-0a32-42>>. Acesso em 16 de setembro de 2016.

<sup>210</sup> GARCIA, Sandra; BELLAMY Miriam; RUSSI, Karin de. Considerações sobre reprodução assistida no contexto brasileiro. In: Anais do XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Lindóia, 2012. Disponível em:<[http://abep.nepo.unicamp.br/xviii/anais/files/MR8\[590\].pdf](http://abep.nepo.unicamp.br/xviii/anais/files/MR8[590].pdf)>. Acesso em: 17 de setembro de 2016, p.4.

<sup>211</sup> 9º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33840/2817584/9º+Relatório+do+Sistema+Nacional+de+Produção+de+Embriões++SisEmbrio/94d6467b-a32-42>>. Acesso em 17 de setembro de 2016.

do seu serviço, resguardadas algumas limitações.<sup>212</sup> A adesão dos estabelecimentos que realizam a reprodução assistida ao SisEmbri vem aumentando progressivamente: em 2013, 93 serviços (77,5%) de BCTGs informaram a produção exigida; em 2014 esse número aumentou para 106 estabelecimentos, totalizando 81,5%. Considerando que o universo estimado para os BCTGs no Brasil em 2015 era de 150 estabelecimentos, o percentual de adesão dos mesmos ao SisEmbri aumentou (141 – 94%) em comparação aos dados de 2014. Uma possível explicação para esses acréscimos foi a mudança de estratégia e de posicionamento da ANVISA, que passou a notificar aos Bancos que não enviaram a sua produção. O não envio da produção exigida em Regulamento implica em infração sanitária e consequente penalidade prevista em lei.<sup>213</sup>

Como vimos anteriormente, embora os cadastros dos serviços que realizam as técnicas de reprodução assistida não sejam obrigatórios (se não possuem os BCTGs), existem outras entidades que organizam esses dados, tais como a Rede Latino Americana de Reprodução Assistida – RedLARA, e a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA). A RedLARA é uma instituição científica e educativa, estabelecida em 1995, que agrupa mais de 90% dos centros que realizam técnicas de reprodução assistida na América Latina. Possui o Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (RLA), que cataloga anualmente todos os resultados das técnicas de reprodução assistida reportados por estes centros. A RedLARA conta hoje com um total de 184 centros em 16 países, sendo que no Brasil há 64 centros cadastrados<sup>214</sup>. A Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), fundada em 1999, é uma associação científica e cultural, de âmbito nacional, que congrega todos os profissionais ligados à área de reprodução humana assistida e tem por finalidade precípua o estudo e a discussão de assuntos relativos a esta área do conhecimento científico. Em seu site, a SBRA contabiliza em 2016, 136 clínicas cadastradas, dividindo os serviços por regiões e estados do país. A região Sudeste figura como a possuidora de maior número de clínicas cadastradas

---

<sup>212</sup> A própria ANVISA alerta que a média de taxa de fertilização informada por cada serviço não deve ser utilizada como dado isolado para comparação com outras clínicas em termos de êxito no tratamento porque as características dos pacientes e a quantidade de ciclos realizados pelos BCTGs podem interferir nos indicadores.

<sup>213</sup> Portal da ANVISA – 9º, 8º e 7º Relatórios do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbri. Disponível em: [portal.anvisa.gov.br](http://portal.anvisa.gov.br). Acesso em 16 de setembro de 2016.

<sup>214</sup> Dados retirados da home page da Rede Latino Americana de Reprodução Assistida. Disponível em: [http://redlara.com/aa\\_portugues/default.asp](http://redlara.com/aa_portugues/default.asp). Acesso em 16 de setembro de 2016.

(75), seguida da região Sul, com 28 clínicas cadastradas e da região Nordeste, com 18 centros cadastrados. É digno de realce que em todo o território brasileiro apenas os estados do Acre, Rondônia, Roraima e Amapá não possuem serviços cadastrados.<sup>215</sup> Embora o número de serviços cadastrados que realizam as técnicas de reprodução humana assistida no Brasil variem, de acordo com a fonte notificadora, torna-se muito clara a concentração da oferta nas regiões consideradas as mais desenvolvidas do país, como o Sudeste e o Sul.

Indubitavelmente a quantidade de serviços privados que realizam as técnicas de reprodução é muito maior do que a de serviços públicos. Garcia et al. elencam, em 2012, tais serviços: o Hospital Pérola Byington de São Paulo, o Hospital das Clínicas de São Paulo, o Hospital Regional da Asa Sul do Distrito Federal e o Instituto Materno Infantil de Pernambuco eram as únicas instituições no Brasil que ofereciam o tratamento completo, entendido como exames, medicamentos e procedimentos de forma totalmente gratuita para o paciente. Os hospitais que ofereciam parte do tratamento gratuito, sendo necessário os pacientes custearem os medicamentos eram: Hospital Universitário de Ribeirão Preto, Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Hospital das Clínicas de Porto Alegre e Hospital Fêmea de Porto Alegre.<sup>216</sup> Existe ainda o Instituto Ideia Fértil, criado em 2002, localizado em Santo André, SP e ligado à Faculdade de Medicina do ABC. O Instituto é uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), por ser uma instituição sem fins lucrativos e oferece procedimentos de fertilização *in vitro* a custos menores do que os cobrados pelas clínicas particulares. Ele recebe 2% de fundos públicos para possibilitar que portadores de infecções virais crônicas possam procriar e não há custos nas medicações para os pacientes oncológicos<sup>217</sup>. Há que se destacar que a oferta das tecnologias de reprodução assistida pelos serviços públicos além de escassa é dinâmica, pois devido à falta de recursos, o atendimento ao público torna-se limitado, como é o caso do Serviço de Reprodução Assistida do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Desde o ano de 2012 os tratamentos de infertilidade de alta

---

<sup>215</sup> Informações obtidas no site da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA). Disponível em: <[http://sbra.com.br/index.php?option=com\\_mapa](http://sbra.com.br/index.php?option=com_mapa)>. Acesso em 21 de setembro de 2016.

<sup>216</sup> GARCIA, Sandra; BELLAMY, Miriam; RUSSI, Karin de. Op. cit. , p. 10.

<sup>217</sup> SOUZA, Maria do Carmo B.de. Latin America and access to assisted reproductive techniques: a brazilian perspective. *JBRA Assisted Reproduction*, nº18, v.2, p.47-51, 2014, p. 50.

complexidade (FIV, ICSI) estão suspensos e atualmente são apenas oferecidos os tratamentos de baixa complexidade, como coito programado e inseminação intra-uterina, menos onerosos para a instituição.<sup>218</sup> Com efeito, vejamos o que afirma Garcia:

Além do reduzido número de serviços públicos, os serviços existentes apresentam limitações de participação devido às restrições inerentes ao próprio atendimento. Destaque-se que a maior restrição enfrentada pelos serviços públicos no fornecimento de procedimentos complexos de reprodução assistida é orçamentário. Não há uma verba específica no SUS destinada ao financiamento destes procedimentos. O SUS possui um rol de procedimentos que são financiados, mediante repasses, por recursos do Fundo Nacional de Saúde. Medidas não contempladas pelo rol são financiadas com recursos públicos dos orçamentos estaduais e municipais, mas os procedimentos de reprodução assistida não fazem parte deste rol.<sup>219</sup>

É oportuno considerar algumas iniciativas privadas de ajuda aos casais inférteis, como é o caso do “Programa Acesso”, que conta com o apoio do laboratório Merck Serono. O projeto deste fabricante de algumas drogas utilizadas em protocolos de RA é oferecer uma redução nos preços dos medicamentos que pode chegar a 50%. O programa é oferecido em 56 capitais brasileiras e há alguns critérios de seleção, tais como: o casal deve comprovar certo rendimento anual bruto ou estar incluído em um programa de hospital público.<sup>220</sup> Em que pese a oferta da redução dos custos de medicamentos, que significa para muitos casais um passo em direção a realização do seu sonho, não se pode olvidar o papel da indústria farmacológica no processo de concepção de uma criança. Neste sentido, Ramírez- Gálvez tece uma severa crítica à publicidade efetuada pelos laboratórios a respeito dos medicamentos para a reprodução assistida. Nos folhetos são recorrentes imagens que exaltam valores relacionados à maternidade, como a propaganda do laboratório Serono-Gonal- F, em que a imagem de um bebê ligado à caixa de medicamento “tecnologiza a produção da vida”, nas palavras da autora. Segundo Gálvez, a confluência do capital, da ciência e da tecnologia imiscuíram-se de tal modo nos domínios da vida social, que o campo da reprodução assistida

---

<sup>218</sup> Tal informação pode ser atestada pelo site do serviço: [www.caism.unicamp.br/index.php/using-joomla/extensions/components/content-component/article-categories/159-laboratorioreproducaohumana.html](http://www.caism.unicamp.br/index.php/using-joomla/extensions/components/content-component/article-categories/159-laboratorioreproducaohumana.html). Acesso em 16 de setembro de 2016.

<sup>219</sup> GARCIA, Sandra; BELLAMY, Miriam; RUSSI, Karin de. Op.cit., p.12.

<sup>220</sup> SOUZA, Maria do Carmo B.de. Op. cit., p.50.

converteu-se em uma verdadeira indústria, na lógica das leis de mercado ao oferecer várias técnicas, produtos e serviços profissionais nos casos de infertilidade.<sup>221</sup>

Cabe, pois concluir que, não obstante os progressos científicos e tecnológicos, frente à complexidade e às interligações da RA torna-se fundamental um amplo debate acerca dos usos e impactos sociais, éticos e legais de tal prática. A Constituição Federal de 1988 ao introduzir no Brasil um novo paradigma de saúde, concebendo-a como direito universal e atribuindo ao Estado o dever de provimento dos recursos indispensáveis para o exercício desse direito, e o exercício dos direitos reprodutivos assegurados pela Lei do Planejamento Familiar,<sup>222</sup> suscitam algumas reflexões, como sustenta Garcia: Como implantar efetivamente uma Política Nacional de Reprodução Assistida? Ela deve ser completamente custeada pelo Estado? De que forma se poderá implantar uma Política de Assistência Integral sem a exclusão de determinados grupos populacionais?<sup>223</sup> A estas indagações, elaboro as minhas: como conciliar uma Política de Reprodução Assistida e uma Política Integral de Assistência a Saúde da Mulher em países que lidam com enormes desafios, como um elevado índice de laqueaduras tubárias utilizadas largamente como método contraceptivo? Em países cuja incidência de doenças sexualmente transmissíveis, uma das causas de infertilidade, alcança patamares inimagináveis? Apesar de todas essas problematizações, importa considerar além dos custos financeiros dos procedimentos, e seu acesso, as implicações para a saúde física e emocional dos usuários envolvidos. Ouvir esses atores e perscrutar suas motivações e situações que envolvem e vão para além da mera utilização das técnicas reprodutivas conceptivas é um dos motes deste trabalho. Garantir às mulheres o acesso a uma política de saúde global e de qualidade, que leve em conta as diferentes especificidades e complexidades de cada fase do desenvolvimento feminino – reprodutiva e não reprodutiva, poderia, indubitavelmente ser uma dos caminhos concretos que levarão à equidade entre os indivíduos.

---

<sup>221</sup> RAMÍREZ-GÁLVEZ, Martha. A fertilização tecnológica de nossos corpos. In: FERREIRA, Verônica; ÁVILA, Maria Betânia; PORTELLA, Ana Paula (Org.). *Feminismo e novas tecnologias reprodutivas*. Recife: SOS CORPO, 2006, p.23-37 (p.28,33).

<sup>222</sup> A Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/96) prescreve que para o exercício do livre direito à constituição, limitação ou aumento da prole, serão oferecidos à mulher, ao homem ou ao casal todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente provados, e que não coloquem em risco a vida das pessoas, garantida a liberdade de ação. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm). Acesso em 22 de setembro de 2016.

<sup>223</sup> Garcia, Sandra; BELLAMY, Miriam; RUSSI, Karin de. Op. cit., p. 15.



## **3.4 A Reprodução Humana Assistida e sua trajetória: Do passado ao Futuro**

### **3.4.1 O passado que se faz presente - os riscos e os imbróglios das tecnologias**

#### **3.4.1.1 Dos riscos...**

Após o nascimento do primeiro bebê por fertilização *in vitro* na Inglaterra, há quase quatro décadas e posteriormente em outras partes do mundo, as técnicas de reprodução assistida difundiram-se e aperfeiçoaram-se rapidamente, a tal ponto que na década de 1990 já era uma prática médica consolidada e tema habitual na mídia. Salvo os aspectos polêmicos em torno de algumas práticas, determinadas terminologias – mãe genética, útero de substituição, inseminação heteróloga por doador, doação de gametas, biópsia de embrião e outros - foram se incorporando ao cotidiano e tornaram-se cada vez mais distantes dos planos do inverossímil.

As discussões iniciais acerca das tecnologias reprodutivas conceptivas concentravam-se nos inúmeros riscos descritos para a saúde da mulher e do conceito, um dos pontos mais debatidos entre as autoras feministas. Nesta linha de pensamento, Corrêa atribuía uma atitude de negligência ou mesmo de benevolência na avaliação dos riscos possíveis e insucessos dos procedimentos em relação aos seus êxitos. Tais eventos indesejados ou malsucedidos que envolviam as técnicas – habitualmente iatrogênicas – eram pouco publicizados para os potenciais usuários. Ela menciona um largo espectro de situações clínicas daí advindas, como: aborto espontâneo, gravidez ectópica (aquela que ocorre fora do útero), gestações múltiplas, partos prematuros e ainda complicações para o nascituro: baixo peso ao nascer, prematuridade, condições clínicas capazes de exigir cuidados intensivos em centros especializados. Sob este ponto de vista, Corrêa discorre sobre outro evento relevante denominado Síndrome da Hiperestimulação Ovariana (SHO). Esta complicação é decorrente de efeitos colaterais dos medicamentos empregados para induzir a ovulação, cujos sintomas podem variar de leves a severos, com necessidade de internação e até mesmo o óbito. Nos casos leves a Síndrome de Hiperestimulação Ovariana pode cursar com hipertrofias e cistos ovarianos, distensão abdominal, náuseas, vômitos, diarreia e nos casos mais graves são relatados distúrbios hidroeletrólíticos severos com hidrotórax (acúmulo de líquido nos pulmões), ascite (acúmulo de líquidos na cavidade abdominal), hipovolemia, oligúria (diminuição do volume urinário), dor abdominal severa e fenômenos tromboembólicos. Outra

complicação mencionada relaciona-se com a punção dos ovários para a aspiração dos folículos, passível de gerar trauma e/ou infecção local, que a depender da gravidade poderia acarretar até a retirada cirúrgica dos ovários e das trompas.<sup>224</sup> A gravidez múltipla é outro dos riscos apontados pela má utilização das técnicas de Fertilização *in vitro*. Com uma elevada estimulação hormonal produzem-se maior número de embriões, e sua implantação em número elevado acarreta inúmeras consequências para a saúde do binômio mãe e filho, além das repercussões econômicas na família, ao arcar com mais de um filho simultaneamente. Relacionada à superprodução de embriões pelos serviços e especialistas, Corrêa remete a outra iatrogenia médica, a chamada redução embrionária, que consiste em um abortamento seletivo de um ou mais embriões (no caso das gestações múltiplas), a fim de que os outros embriões possam se desenvolver até o término da gestação.<sup>225</sup>

Françoise Laborie apresenta suas críticas às tecnologias reprodutivas conceptivas partindo do pressuposto que, se do ponto de vista social os métodos anticoncepcionais correspondiam a uma demanda das mulheres feministas, as tecnologias aplicadas à concepção resultam de uma oferta médica e científica, oferta essa que alcança tamanha magnitude a ponto de confundir as mulheres no exercício de suas escolhas e interesses. No bojo de uma cultura que não é apenas científica, mas cientificista, é condenável a postura dos médicos e pacientes que reduzem o sintoma esterilidade meramente ao plano biológico, equacionando-a como doença, o que contribui para tornar a reprodução um lugar de intervenções médicas e cirúrgicas. Ela ainda pondera que, em relação aos riscos das tecnologias reprodutivas, uma verdadeira cortina de silêncio envolve a questão, pois a pouca divulgação dos efeitos adversos das práticas pela literatura médico-científica deve-se à pressão exercida pelos atores cujos interesses poderiam ser ameaçados por tais resultados.<sup>226</sup> Gena Corea é outra autora que chama a atenção para os impactos das técnicas reprodutivas conceptivas, e usa a metáfora da indústria: as mulheres seriam uma espécie de matéria prima de óvulos e de trompas para a engenharia genética e como procriadoras seriam comparadas a animais com a descaracterização de sua essência como seres humanos. Embora as técnicas sejam alardeadas como um meio de ajuda às mulheres, o investimento na prevenção e no tratamento de outras

---

<sup>224</sup> CORRÊA, Marilena Villela. *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ...* p.100-101.

<sup>225</sup> *Ibidem*, p.103.

<sup>226</sup> LABORIE, Françoise. Novas tecnologias da reprodução: risco ou liberdade para as mulheres? *Estudos Feministas*, Florianópolis, n°2, p.435-447,1993.

causas de infertilidade (como as DSTs) seria mais efetivo do que propriamente as tecnologias de reprodução.<sup>227</sup>

O mesmo ponto é aclarado por Reis em suas críticas ao consumo crescente das tecnologias reprodutivas conceptivas. Ela traz à tona o debate dos progressos da ciência, dos prós e contras das conquistas tecnológicas em interface com as questões de gênero e de como a reprodução da vida interfere com a intimidade e com a vida privada das mulheres e casais que buscam as técnicas para ter o filho biológico. Um viés de interesses eugênicos também pode ser percebido quando ela menciona que:

(...) Essas técnicas exorbitam em muito o que se conhece como *terapêutica* (grifo da autora), como intervenção com objetivos clínicos, a engenharia da reprodução insere-se no *ethos* do consumo, das tecnologias do desejo, das tecnologias de gênero. Assim como os primeiros puericultores declararam fraco o leite materno para dar passagem à indústria do leite em pó, os esterileutas melhoram os gametas. Quem se arriscará a não *escolher* (grifo da autora) seus melhores óvulos e espermatozoides para fazer nascerem seres cada vez mais perfeitos? Um bebê, nesse contexto, assume o caráter de ‘prótese’, como já disseram feministas francesas: as próteses da tecnologia superam em muito a natureza. Já se chamam esses bebês geneticamente triados de gene-rich.<sup>228</sup>

Como se pode notar do que até então foi exposto, as críticas feministas às tecnologias reprodutivas conceptivas ultrapassam meramente os riscos possíveis envolvidos nos procedimentos na medida em que os apelos da tecnociência, representados pelas clínicas de fertilização, pela indústria farmacêutica e pela engenharia genética, seriam uma espécie de “canto da sereia” a envolver e transformar as mulheres e casais inférteis em meros compradores de tais serviços e mercadorias. Há que se dimensionar verdadeiramente essas questões e ter cautela na generalização da interferência tecnológica no corpo feminino por si mesma, sob a pena de objetificar as mulheres e torná-las presas do controle biomédico em prol do sonho de um filho biológico. Porquanto tal controle inequivocamente exista e isso possa ser real em muitas situações (como as mulheres do Leste Europeu que comercializam seus óvulos como meio econômico de sobrevivência), generalizar tal afirmativa seria o

---

<sup>227</sup> COREA, Gena. Os riscos da fertilização in vitro. In: SCAVONE, Lucila. *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo: Editora da UNESP, 1996, p. 163-166.

<sup>228</sup> REIS, Ana Regina Gomes dos. O *ETHOS* em tempos de Bioética: o *SITE* como tropo. In: FERREIRA, Verônica; ÁVILA, Maria Betania; PORTELLA, Ana Paula (Org.). *Feminismo e novas tecnologias reprodutivas*. Recife: SOS CORPO, p.79-94, 2006, p. 88.

equivalente a negar ou ocultar a capacidade de agenciamento e de tomada de decisões sobre sua vida e suas escolhas no futuro por parte de outras várias mulheres.

Por outro lado, hoje, em que pesem a pertinência dos riscos que envolvem os procedimentos de reprodução assistida é relevante considerar que diversos efeitos colaterais e as chamadas iatrogenias são evitados pela utilização e indicação criteriosa das técnicas caso a caso, pelos aperfeiçoamentos dos procedimentos e por uma maior conscientização das equipes profissionais quanto a isso. Assim é que os riscos de perfuração ovariana e/ou de infecção derivados da aspiração folicular foram significativamente reduzidos desde o início da utilização das técnicas, por meio do uso de microagulhas de aspiração e com o auxílio do ultrassom a guiar as punções. Como relata Serafini, a retirada dos óvulos através da punção acarreta um pequeno risco de sangramento (1: 1000), infecção (1:1000 a 5.000) e raramente lesões dos aparelhos digestivo e urinário. Em relação às ressalvas com os indutores da ovulação, não foi comprovada a associação entre o uso dessas medicações e uma maior incidência de defeitos congênitos ou a ocorrência de abortos espontâneos. Da mesma forma, a associação entre essas drogas e a maior incidência de câncer de ovário não são comprovados, pois os fatores de risco não foram claramente evidenciados. A chance de gravidez múltipla está substancialmente aumentada em todas as técnicas de RA porque mais de um embrião ou óvulos são transferidos e os problemas daí oriundos se tornam progressivamente maiores com gravidez trigemelar ou mais. Existe, sem dúvida, maior risco de abortamento tardio e parto prematuro com gravidez múltipla, além dos riscos de gravidez tubária (ectópica) de 0,8 a 7% dos casos de FIV e GIFT/ZIFT, respectivamente.<sup>229</sup> O processo de estimulação ovariana controlada adquire grande importância entre as técnicas reprodutivas, a fim de se produzir menos óvulos e conseqüentemente menos embriões a serem implantados, o que diminui as chances de gravidez múltipla. Aliás, em caso de gestações múltiplas é proibida a utilização de procedimentos que visem à redução embrionária, dada pelo CFM. É importante ainda atentar para a transferência do número máximo de oócitos e embriões conforme as recomendações do Conselho Federal de Medicina, em número de quatro em sua totalidade e de acordo com a idade da paciente.<sup>230</sup> Ademais, todas essas situações deverão ser colocadas e esclarecidas aos

---

<sup>229</sup> SERAFINI, Paulo et al. *O bê-a-bá da infertilidade*. São Paulo: Organon, 1998.

<sup>230</sup> A Resolução de nº 2.121/2015 do CFM traz as seguintes recomendações acerca do número de embriões a serem transferidos: a) Mulheres com até 35 anos: até 2 embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; c) mulheres entre 40 e 50 anos: até 4 embriões.

casais que recorrem à RA para que tomem ciência dos efeitos, resultados esperados e possíveis efeitos colaterais antes de se submeterem aos ciclos. Neste sentido, as três últimas Resoluções do CFM trouxeram expressamente a obrigatoriedade do Consentimento Livre e Esclarecido para todos os pacientes submetidos às técnicas de RA. Este documento será obtido mediante a discussão entre todas as partes envolvidas nas técnicas e somente estará completo com a anuência por, escrito, de todos os participantes do processo.

Passados quase 40 anos do nascimento de Louise Brown, algumas reflexões relacionadas ao rápido desenvolvimento das técnicas de RA, a forma de sua utilização, os riscos e as implicações sociais eclodem ainda hoje, como alerta sob a forma de comunicados científicos, pela RedLara e outras instituições correlacionadas à reprodução humana assistida.

#### 3.4.1.2 Dos imbróglis...

O período posterior à década de 1990 trouxe, segundo Corrêa, uma “segunda geração” de problemas relacionados à RA, marcados pelo predomínio das chamadas discussões Bioéticas. Isso se deveu, em parte, à associação da medicalização da ausência de filhos com as evoluções nas pesquisas, no campo da medicina genética e nas próprias técnicas de fertilização *in vitro*. Contudo, ela ressalta que o grande deflagrador dos questionamentos e das problematizações que passaram a ocorrer no domínio da Bioética foi o desenvolvimento de uma consciência acerca dos novos fatos envolvendo a área reprodutiva.<sup>231</sup> Cumpre esclarecer o que se define por Bioética, literalmente a ética da vida: terminologia utilizada pela primeira vez em 1976, pelo oncologista americano Renseler Potter; atualmente a Bioética é uma disciplina na área da saúde em franco diálogo com o Direito e engloba a reflexão sobre as implicações sociais, políticas, éticas dos novos saberes biológicos<sup>232</sup>.

Pois bem, desde os primórdios das técnicas de RA, inúmeros foram os dilemas éticos surgidos, tais como o destino e propriedade dos embriões excedentes, a doação de material genético, a seleção sexual durante o processo reprodutivo, o acesso às técnicas por parte de indivíduos solteiros e de casais homossexuais, a fertilização *post mortem*, e outros, porém muitas dessas questões foram equacionadas ao longo do tempo, até mesmo pelos avanços nas

---

<sup>231</sup> CORRÊA, Marilena Villela. *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, p. 113.

<sup>232</sup> OLIVEIRA, Fátima. Expectativas, falências e poderes da medicina da procriação: gênero, racismo e Bioética. In: SCAVONE, Lucila. *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo: Editora da UNESP, p.185-198, 1996, p.196.

legislações e normatizações dos processos. Embora algumas situações envolvendo as técnicas de RA sejam hoje, passíveis de serem realizadas, de acordo com as legislações de cada país, a “violação às leis da natureza”, nas palavras de Naara Luna, causa mal-estar, como por exemplo, a gravidez de mulheres na menopausa ou no caso de mulheres inseminadas com o esperma do parceiro já morto. A gravidez de mulheres na senescência reprodutiva torna-se reprovável pelo risco de a criança gerada tornar-se precocemente órfão, com a extinção da relação mãe-filho. Por outro lado, embora com consentimento do falecido, a mulher que deseja engravidar utilizando a tecnologia diante do término das relações entre eles, seria mais um exemplo de negação da parceria do casal. Essa resistência, para além da “violação das leis da natureza”, ameaçaria a existência das relações de parentesco no ideário ocidental ao colocar em cheque o paradigma de construção de família.<sup>233</sup>

Na década de 1990, polêmicas surgiram na Inglaterra no que se refere às dificuldades de obtenção de óvulos de doadoras para os tratamentos de infertilidade. O governo britânico chegou a aprovar a utilização de óvulos de fetos abortados na FIV, mas retrocedeu diante das questões e repercussões éticas, pois esse ato significaria a “geração de filhos de mulheres que sequer chegaram a nascer”. Outra situação controversa surgiu pouco tempo depois, com a proposta da Associação Médica Britânica de usar óvulos retirados dos ovários de doadoras mortas nos tratamentos de infertilidade. Ante a indignação da opinião pública, restringiu-se o uso de óvulos de fetos abortados e de cadáveres à pesquisa, uma vez que seria um direito humano o conhecimento da sua origem referente ao parentesco.<sup>234</sup>

A gama de possibilidades que envolvem as biotecnologias, a engenharia genética e a reprodução humana assistida é realmente considerável. Em 1997 a comunidade científica mundial e a sociedade em geral já polemizavam em torno da clonagem de seres vivos, a partir do nascimento da ovelha Dolly, criada de um tecido de uma célula adulta. Desde então vários debates surgiram a respeito da utilização da clonagem não reprodutiva e da clonagem reprodutiva,<sup>235</sup> que fogem ao escopo desta pesquisa. Em face deste assunto, a técnica de transferência nuclear, que objetiva a transmissão de genes, foi reportada por Luna em 2001. O

---

<sup>233</sup> LUNA, Naara Lúcia de Albuquerque. Pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.9, nº2, p.389-413, 2001, p. 402.

<sup>234</sup> Ibidem, p.407, 408.

<sup>235</sup> Apenas à título de esclarecimento e de maneira bem simplificada, a clonagem reprodutiva consiste na introdução do núcleo de uma célula adulta no núcleo de um óvulo sem DNA (“vazio”), com posterior transferência para o útero a fim de gerar um feto geneticamente idêntico ao doador.

procedimento consiste primeiramente na retirada do núcleo (onde estão os cromossomas) do óvulo da doadora “normal”. Neste óvulo, sem o núcleo original, é introduzido o núcleo do óvulo da mãe. O óvulo híbrido, resultante dessa fusão, é submetido ao encontro com o espermatozoide na fertilização *in vitro*. Essa técnica beneficiaria mulheres portadoras de alterações genéticas que desejassem a procriação, sem, contudo, transmitir o seu material genético. Naara Luna ressalta o problema ético envolvendo a técnica, uma vez que a combinação de óvulos de duas mulheres diferentes (pois fica DNA residual no citoplasma do óvulo) resultaria em dupla maternidade genética e conseqüente incerteza na identidade da futura criança<sup>236</sup>. Em 2016 as atenções se voltam para o nascimento do primeiro bebê do mundo por técnica de RA que usa o DNA de três pessoas: da mãe, do pai e de uma terceira doadora. O método de transferência nuclear mencionado acima - legalizado no Reino Unido em 2015 - possibilitou à mãe ter uma criança livre da Síndrome de Leigh, uma desordem rara, progressiva e fatal, da qual ela é geneticamente portadora.<sup>237</sup> Assim, o que era técnica experimental tornou-se realidade em curto espaço de tempo, em uma nítida demonstração da intervenção técnica (e do seu poder) sobre a espécie humana, sobre a natureza e sobre as relações socioculturais daí oriundas. Como podemos perceber, as tecnologias reprodutivas conceptivas comportam inúmeros imbróglios. Urge, pois que fiquemos em alerta a respeito dos seus usos indevidos e conseqüências negativas do desenvolvimento tecnológico desenfreado e que possamos refletir eticamente sobre a criação e perpetuação da vida. É o que afirma Rotania:

Refletir sobre as conseqüências negativas da ciência e da tecnologia hegemônicas, baseadas na ideia utilitarista de controle da natureza, não significa necessariamente cair no determinismo biológico nem na mistificação simplista desta natureza. Não podemos ignorar, fazer de conta, agir como se esta realidade não existisse. Observando-a, percebemos que muitos dos nossos princípios (separação entre sexualidade e reprodução, direito de escolha, direitos ao cuidado e à saúde, autonomia) encontram-se abalados por ela. Devemos redefinir o Bem e o Mal para nosso processo de emancipação, e, nessa redefinição, várias indagações são fundamentais: De qual natureza fazemos parte? O que queremos ser? A qual mundo

---

<sup>236</sup> LUNA, Naara Lúcia de Albuquerque. Pessoa e parentesco ... p. 409.

<sup>237</sup> Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/saude/nasce-1º-bebe-do-mundo-com-dna-de-3-pais/>> Acesso em 28 de setembro de 2016.

pertencemos? A qual projeto? Qual a humanidade que pretendemos que exista no futuro?<sup>238</sup>

O mundo caminha a passos largos e diante dos imbróglis que envolvem as tecnologias reprodutivas conceptivas e do passado que se faz tão presente, a maior indagação surge: existirá uma humanidade no futuro? É forçoso reconhecer que embora a tecnociência pareça atuar esbarrando em limites éticos pouco precisos, precisamos reconhecer, com humildade, que a sapiência absoluta é uma quimera e talvez chegue um dia a tributação da nossa empáfia.

### **3.4.2 O futuro hoje: transplante de útero, gravidez masculina e útero artificial**

A partir da discussão já traçada sobre os caminhos da reprodução humana assistida, vimos que na atualidade, a biomedicina se caracteriza por um alargamento de suas intervenções nas mais diferentes áreas - pautados na noção de progressos tecnológicos ilimitados, na inovação e na constante tentativa de superação dos limites impostos pela natureza. No campo da reprodução humana assistida “novas necessidades” vão progressivamente agregando-se às já existentes, mesclando-se as inovações técnicas com o “desejo” e os anseios de procriação de inúmeras mulheres e casais involuntariamente inférteis.

O dinamismo no desenvolvimento da tecnociência, ao aliar os conhecimentos do campo da medicina, da genética, da biologia molecular e de outras esferas do saber acaba por banalizar a oferta e o consumo de tais tecnologias, que passam a ser encaradas como uma inquestionável prática terapêutica de saúde. A justificativa para a utilização das tecnologias reprodutivas conceptivas enquanto bens de consumo reveste-se de aparente legitimidade: a suplantação de um “déficit de saúde” imposto pela natureza (no caso da infertilidade). Trata-se, assim, por parte das tecnologias reprodutivas medicamente assistidas, de ressignificar o papel da natureza, “dando uma mãozinha” em situações consideradas de deficiências biológicas e funcionais. Como consequência, passou a ser possível frente às novas tecnologias de reprodução assistida, que mulheres desprovidas de útero gestem seus filhos.

Em 2011, na Turquia, uma jovem de 22 anos tornou-se a primeira mulher do mundo a receber um transplante de útero bem sucedido e tornou-se grávida dois anos depois, porém a

---

<sup>238</sup> ROTANIA, Alejandra Ana. *Biologia moderna, feminismo e Ética*. In: SCAVONE, Lucila (Org.). *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo: Editora UNESP, p.167-183,1996, p. 178.



gestação culminou com abortamento espontâneo ainda nas primeiras semanas.<sup>239</sup> Finalmente, em 2014, uma equipe médica sueca liderada pelo Dr. Mats Brannstrom foi responsável pela realização do primeiro transplante uterino do mundo que resultou no nascimento de um bebê. Esse feito, ainda que em caráter experimental, abriu uma nova alternativa para mulheres que não podem ter filhos biológicos por terem nascido sem o órgão ou por terem-no retirado como parte do tratamento de câncer.<sup>240</sup> O Brasil, por sua vez, foi notícia mundial em setembro de 2016 ao registrar o primeiro transplante de útero da América Latina, realizado por médicos do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-FCMUSP). No caso da paciente brasileira, nascida também sem o útero, a expectativa da equipe médica é que ela possa tentar engravidar decorrido um ano do procedimento, pois já tem embriões fertilizados com o sêmen do marido.<sup>241</sup>

Nesse contexto assume relevo a grande divulgação pela imprensa leiga e pelas equipes científicas envolvidas em torno dos eventos, a qual não se fez acompanhar de reflexões sobre as questões éticas. Mais ainda: a relação risco-benefício deste tipo de procedimento, apesar de destacado o seu caráter experimental, não foi sequer mencionada. Os esclarecimentos a respeito de ser uma cirurgia de grande porte e de elevada complexidade, a necessidade de as pacientes utilizarem drogas imunossupressoras por longo tempo a fim de evitar a rejeição ao órgão transplantado e os custos financeiros – que se presume sejam elevados – passaram ao largo e não foram veiculados. Do mesmo modo, a publicização acaba por criar esperança e expectativa nas mulheres portadoras dessa condição, pela facilidade com que esses procedimentos tecnológicos complexos são propagados.

No tocante às inovações no campo da medicina reprodutiva, podem ser articuladas outras questões, como veremos a seguir. A utopia da gravidez masculina é comentada por Badinter. Para além de uma ideia delirante, fantasiosa ou retirada de uma cena de ficção

---

<sup>239</sup> “Primeira mulher a receber transplante de útero está grávida”. Disponível em: [g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/04/primeira-mulher-receber-transplante-de-utero-esta-gravida.html](http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/04/primeira-mulher-receber-transplante-de-utero-esta-gravida.html). Acesso em: 28 de setembro de 2016.

<sup>240</sup> “Mulher que recebeu transplante de útero dá à luz na Suécia.” Disponível em: [g1.globo.com/bemestar/noticia/2014/10/mulher-que-recebeu-transplante-de-utero-da-luz-na-suecia.html](http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2014/10/mulher-que-recebeu-transplante-de-utero-da-luz-na-suecia.html). Acesso em: 28/09/16.

<sup>241</sup> “Hospital das Clínicas realiza primeiro transplante de útero da América Latina”. Disponível em: [www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia2.php?id=247811&c=6&q=hc-realiza-primeiro-transplante-de-utero-da-america-latina](http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia2.php?id=247811&c=6&q=hc-realiza-primeiro-transplante-de-utero-da-america-latina). Acesso em: 28 de setembro de 2016.

científica, a autora reproduz depoimentos de especialistas da área os quais afirmam não ser esta uma impossibilidade total. Embora cumulada de riscos fatais, na gravidez masculina, o embrião se desenvolveria na cavidade abdominal e a função endocrinológica dos ovários na gestação seria desempenhada pela aplicação de injeções hormonais apropriadas. Para Badinter, “as repugnâncias de hoje podem esconder os desejos de amanhã” e a gravidez masculina significaria finalmente uma radical mutação: a igualdade dos sexos.<sup>242</sup> Ainda sobre a perspectiva da gravidez masculina, levanto aqui a questão de transexuais masculinos, que apresentam o “aparato” biológico feminino, portanto possuem útero, o que lhes facultaria a gestação, mas se identificam com o gênero masculino.

No que concerne às tecnologias biológicas relacionadas à reprodução humana, a ectogênese (ou criação do útero artificial) representaria o ponto culminante na trajetória iniciada pelas técnicas de fertilização *in vitro*, é o que afirma o biofísico e filósofo Henri Atlan. O referido artefato consistiria em uma espécie de incubadora cujas funções seriam reproduzir artificialmente o papel de um útero, de uma placenta, das membranas e do líquido amniótico durante a gestação. Ele pondera que um “verdadeiro” útero artificial com todas as funções completas está ainda distante, mas experiências desse tipo com embriões humanos no estágio de blastocistos chegaram a ser realizadas em 2002, nos Estados Unidos e por equipes no Japão, porém foram interrompidas. As primeiras possíveis aplicações médicas de um útero artificial seria substituir as incubadoras atuais e permitir uma maior sobrevivência para os bebês extremamente prematuros (abaixo de 24 semanas de gestação), diminuindo as condições de morbimortalidade dos mesmos. Assim, fetos com poucas semanas, suscetíveis de sofrerem aborto espontâneo seriam retirados do útero materno e transferidos para o útero artificial, onde completariam o seu desenvolvimento. Não obstante, ele reconhece que, assim como ocorreu com as tecnologias reprodutivas contraceptivas que foram inicialmente desenvolvidas para o “tratamento” de causas médicas de esterilidade e acabaram por ultrapassar as indicações terapêuticas, com o útero artificial se daria o mesmo. O dispositivo tornar-se-ia um recurso para atender ao “desejo de filhos” por parte de mulheres e casais não contemplados pela procriação “natural”.<sup>243</sup>

---

<sup>242</sup> BADINTER, Elisabeth. *Um é o outro*. Relações entre homens e mulheres. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986, p. 297-298.

<sup>243</sup> ATLAN, Henri. *O útero artificial*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

Sob a ótica da hipermedicalização, a pílula anticoncepcional no século XX representou uma verdadeira revolução nos costumes ao separar a sexualidade da procriação (“um filho se eu quiser”). Nessa mesma linha evolutiva, as técnicas de reprodução assistida permitiram separar a procriação da sexualidade (“um filho quando eu quiser”), ao passo que o útero artificial representará a dessexualização da reprodução, ao dissociar a procriação da gravidez (“um filho como eu quiser”). O autor extrapola os aspectos técnico-materiais do útero artificial e faz considerações acerca das suas repercussões sociais e culturais, bem como nas concepções vigentes de família e filiação: o útero artificial inaugurará uma subversão nas relações assimétricas de gênero, pois a diferença entre os sexos na procriação e na filiação terá desaparecido com a conseqüente aproximação da maternidade e da paternidade.<sup>244</sup> Ele prossegue:

(...) Então, de maneira aparentemente paradoxal, a hipermedicalização da procriação chegará a desbiologizar as relações dos pais, entre eles e seus filhos. Continuando e talvez concluindo uma transformação já iniciada, a parentela será cada vez mais social e cada vez menos biológica.<sup>245</sup>

O futuro dirá...

---

<sup>244</sup> Ibidem.

<sup>245</sup> Ibidem, p. 104.

## **CAPÍTULO 4 - UM FILHO A QUALQUER PREÇO...**

Neste capítulo, que dividi em três partes serão abordados os seguintes aspectos: na parte inicial descrevo pormenorizadamente as características da pesquisa: escolha do tema, participantes da pesquisa, instrumentos utilizados e o processo de análise dos dados obtidos. Na segunda parte descrevo analiticamente o Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte Fluminense – CIN-NF, como o lócus privilegiado onde tudo acontece: os desejos e sonhos são tecidos, os dilemas e decepções espontaneamente vêm à tona, mas as esperanças ressurgem indelevelmente marcadas pelos objetivos que movem os casais e a equipe técnica (os participantes da pesquisa) – o filho, se não a qualquer preço, à custa de um esforço não menos hercúleo. Ainda nesta parte, traço o perfil da equipe técnica e suas respectivas falas a respeito da “fabricação” e construção do filho para os casais. Na última parte do trabalho, elaboro o perfil dos casais entrevistados e suas percepções acerca de maternidade, paternidade e família.

### **4.1 Fazer a pesquisa**

#### **4.1.1 Características da pesquisa**

A metodologia representa um guia na condução de uma pesquisa – o passo a passo na construção das etapas de uma investigação. Engloba desde o preparo inicial para a entrada no campo até a apresentação, descrição, interposição e análise dos dados, de modo que sejam interligadas e ordenadas. A construção de uma pesquisa requer a utilização de uma metodologia capaz de abarcar as questões a serem pesquisadas da forma mais produtiva e adequada possível. Desta forma, várias possibilidades de escolha metodológica surgiram ao esboçar esta pesquisa. A opção recaiu sobre uma abordagem que me permitisse focalizar os significados e concepções acerca da maternidade, da paternidade (diretamente relacionada à maternidade) e da família envolvendo casais inférteis. Optei assim, pela abordagem qualitativa, uma vez que neste tipo de pesquisa o que se busca é ir além de relatos ou quantificação de dados, em direção à apreensão do(s) sentido(s) que as pessoas atribuem aos fenômenos. A pesquisa qualitativa parte da observação de uma realidade que não pode ser mensurada e busca na subjetividade o significado atribuído ao objeto de estudo.

É pertinente destacar que em pesquisas com metodologia de base qualitativa, dificilmente pode ser pré-determinado o número de pessoas entrevistadas, na dependência da qualidade, da profundidade e dos pontos de recorrência e divergência surgidos nas informações obtidas a partir dos depoimentos individuais. Dito isso e a partir das premissas e orientações acerca do instrumento das entrevistas, à medida que as respostas recorrentes atingiram o chamado “ponto de saturação”, dei por encerrado esse instrumental. Utilizei também como parâmetro para encerrar as entrevistas a recorrente negação de participação por parte das pessoas abordadas (os usuários da Clínica de Reprodução Assistida).

- A escolha do tema

Como mencionei anteriormente, o tema reprodução assistida, maternidade, paternidade e família tornaram-se caros para mim ainda na escrita da dissertação de mestrado face ao estudo relacionado às crianças vitimizadas. Como médica, busco trazer como situações de pesquisa temas correlatos ao meu exercício profissional em interface com a sociologia, uma vez que transito academicamente entre essas duas áreas do conhecimento. Embora atue como pediatra, as questões reprodutivas estão intrinsecamente relacionadas à minha especialidade médica. Sendo assim, e como trabalho no Hospital Escola Álvaro Alvim, tenho conhecimento a respeito da existência do Serviço de reprodução humana assistida que funciona no referido local já há alguns anos. Chamou-me a atenção o fato de existir um serviço de assistência reprodutiva que oferece tecnologia altamente especializada em Campos dos Goytacazes, uma cidade no interior do Estado e ainda com expressiva demanda, pois tinha conhecimento de casais que já tinham recorrido a ele. A vontade de saber mais sobre os usuários do serviço, sobre a equipe técnica, estudar o contexto, as motivações, a trajetória de procura pelas tecnologias reprodutivas conceptivas foi então despertada, aliada à oportunidade e à possível facilidade de acesso a esse campo, o que de fato ocorreu, confesso. Sem deter-me apenas nos aspectos médico-biológicos das tecnologias, procurei tecer conexões entre estas e o quadro teórico sociológico, tendo como fio condutor as questões de gênero.

- As (os) participantes

Os sujeitos envolvidos neste estudo são os casais usuários do serviço de Reprodução Humana Assistida no Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte Fluminense (CIN-

NF), em Campos dos Goytacazes, oriundos de diversos serviços uro-gineco-obstétricos, com história de esterilidade/infertilidade e que após avaliação médica e multidisciplinar da referida clínica estavam aptos a serem submetidos aos procedimentos reprodutivos conceptivos. O outro critério de inclusão na pesquisa foi a realização do “tratamento” exclusivamente por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Os integrantes da equipe técnica – médicos, psicóloga, embriologistas, psicóloga, enfermeira, técnica de enfermagem e assistente social também foram participantes da pesquisa. Com relação à este trabalho, foram excluídos dois médicos que embora prestem serviços ao Centro por meio da realização de exames especializados e procedimentos anestésicos, não fazem parte da equipe propriamente dita.

- O instrumental

A Observação Participante, enquanto procedimento de pesquisa qualitativa caracteriza-se pela inserção do pesquisador no grupo estudado, como uma forma de compreender a realidade por meio da observação de situações e comportamentos de seu interesse. Assim, revelou-se uma relevante fórmula para o meu intercâmbio de experiências com os sujeitos estudados (usuários e equipe técnica do Centro de Infertilidade) e o contexto de relações na qual tais sujeitos estão imersos.

As entrevistas possibilitam obter informações sobre comportamentos, sentimentos, crenças e valores da pessoa entrevistada, levando o pesquisador a transpor a simples descrição do dado em si. Por meio deste instrumento, novas interpretações dos resultados adquiridos incorporam-se à análise dos dados e contribuem para o enriquecimento e melhor compreensão da investigação. Com esta premissa, apliquei entrevistas semiestruturadas em que foram abordadas uma série de questões predeterminadas visando atingir os objetivos propostos no trabalho, aos casais participantes e também aos membros da equipe técnica, conforme roteiros em anexo.

Foram entrevistados 12 casais de usuários do Centro (7 casais entrevistados individualmente, totalizando 14 entrevistas e 5 casais entrevistados em conjunto) e 9 integrantes da equipe técnica. As entrevistas com os casais foram todas realizadas nas dependências da Clínica (nos consultórios) ou nas Enfermarias do HEAA por ocasião do início do “tratamento” ou da punção folicular da paciente, uma vez que nenhum casal demonstrou receptividade e/ou sugeriu a possibilidade de a entrevista ocorrer no domicílio. A duração das mesmas foi extremamente variável: tive entrevistas de 30 minutos de duração e

outras com 1h e 40 min de duração. Foram abordadas inicialmente 14 mulheres, mas duas recusaram-se a participar da pesquisa, mesmo após a exposição dos objetivos e a garantia de confidencialidade. Da mesma forma, as entrevistas com a equipe técnica ocorreram no ambiente da Clínica (nos consultórios, na sala anexa ao laboratório de Embriologia e ainda na sala do Serviço Social) e foram realizadas individualmente. Todas as entrevistas foram gravadas através de dispositivo-gravador de aparelho celular para posterior transcrição e análise. Durante as entrevistas com os usuários da clínica, após a minha apresentação e exposição das razões da pesquisa, apenas um homem entrevistado demonstrou interesse mais aprofundado sobre o tema pesquisado e fez algumas indagações, que foram prontamente respondidas. Após a identificação da (do) participante, eu pedia inicialmente que falassem um pouco sobre o trajeto de busca para o filho biológico, as motivações, as causas médicas da infertilidade. Essa pergunta abria uma espécie de comporta emocional e elas (eles) se punham a contar suas histórias de vida, suas lutas, esperanças, receios... Muitas pacientes davam livre curso às lágrimas, o que muito me sensibilizou, pois ao mergulhar naquelas histórias e dramas pessoais, eu de alguma forma empatizava com eles e confesso que em muitos momentos também umedecei meus olhos. De fato eu não esperava por isso antes da entrada no campo, mas a fronteira entre a realização do trabalho acadêmico (e a aparente exigência de neutralidade por parte do pesquisador) e o envolvimento com os entrevistados tornou-se muito tênue. Repetidas vezes eu me surpreendi mergulhando em seus dramas pessoais e em seus desejos de maternidade, paternidade e construção de uma família e me pegava torcendo sinceramente por eles e pelo êxito nos “tratamentos”. Da parte dos entrevistados houve entre mim e eles uma conexão, sem dúvida, e três pessoas vieram me falar que “eu parecia uma psicóloga, e que ficaram muito à vontade de conversar comigo, mais até do que com a própria profissional do Centro.” Outros me agradeceram pela oportunidade de poder falar; acredito que a minha postura de ouvinte atenta e a empatia fizeram com que eles refletissem, ainda que brevemente, sobre o processo a que estavam se submetendo. Uma das pacientes que entrevistei, após a realização do procedimento e o não sucesso, enviou-me uma mensagem de celular, informando que apesar de o tratamento não ter dado certo, ela estava bem e deixava a sua gratidão pelo meu interesse e carinho. Uma cena que para mim foi inesquecível foi durante a entrevista com um marido, cuja causa de infertilidade era decorrente de tratamento para câncer de testículo. Na pergunta que fiz sobre o que ele entendia por ser pai e as suas percepções sobre família, ele fez uma pausa significativa, a voz embargou e o choro veio sem

barreiras, em uma clara demonstração do seu sofrimento e angústia e do não receio de se permitir extravasar seus sentimentos diante de uma “pessoa estranha” ao seu círculo de relações. Acresce-se ainda a total ruptura com os estereótipos de gênero vigentes socialmente “de que homem não chora”. Nesses momentos, eu permanecia quieta e respeitava o tempo da (o) entrevistada (o), que retomava por si mesma (o) o fio da conversa no tempo que lhe aprouvesse. Não raras vezes as (os) entrevistadas (os) sabendo que eu era médica, faziam perguntas relativas ao “tratamento”, e eu me esquivava sempre de respondê-las, ao afirmar que todas as dúvidas deveriam ser esclarecidas com a equipe técnica do serviço.

Na abordagem aos casais e também aos integrantes da equipe multidisciplinar, após a minha apresentação e exposição dos objetivos da pesquisa, foi garantido o sigilo acerca da identidade e do telefone de todos os participantes. Para tanto, na parte em que alocarei o perfil dos participantes (casais e equipe técnica) todos os nomes utilizados são fictícios. Os aspectos éticos foram plenamente observados nesta pesquisa, pois além da garantia de sigilo das identidades, foi aplicado às pessoas entrevistadas o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Apêndice C) com as explicações por escrito sobre os objetivos, o teor da pesquisa, o nome, endereço institucional e telefone pessoal da pesquisadora.

- O processo de análise dos dados

Para a composição do presente estudo foram utilizadas as anotações contidas no caderno de campo durante o período de observação participante. Foi também utilizada a análise comparativa dos dados obtidos na pesquisa com dados de trabalho de outros autores relacionados às construções de maternidade e família à luz das tecnologias reprodutivas conceptivas, com a inserção do referencial teórico. Utilizei para o tratamento das entrevistas desta pesquisa, a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática de Bardin. A escolha desta técnica deveu-se ao fato de ser ela um instrumento de análise dotado de maior precisão e capaz de analisar o amplo campo das comunicações, de forma a enriquecer a tentativa exploratória e captar significações de mensagens que não estão explícitas.

A análise de conteúdo, segundo Bardin, aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A modalidade temática consiste na categorização de um ou vários temas ou itens de significação numa unidade previamente determinada. Nesta pesquisa, cada



tema categorizado foi denominado “Núcleo temático”, recebeu um título genérico e agrupou os elementos e caracteres comuns a estes núcleos.<sup>246</sup>

- Entrada no campo – pesquisa preliminar

Em agosto de 2013, já matriculada no doutorado e cursando as disciplinas no PPGSP da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, fiz uma investigação preliminar a fim de detectar as reais possibilidades de realizar a pesquisa no serviço de reprodução assistida denominado Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte Fluminense (CIN-NF), em Campos dos Goytacazes, RJ. Para isso, dirigi-me à secretaria da Clínica, onde após identificar-me como médica do Hospital e estudante de Doutorado agendei uma entrevista com a Direção a fim de explicitar os meus objetivos. A entrevista foi marcada para 19 de agosto de 2013, com o diretor clínico do Centro, a quem conhecia de vista (dos corredores do Hospital), o qual me recebeu com cortesia e polidez e ouviu atentamente a explanação sobre a minha pesquisa, os objetivos, as razões da escolha do tema e a minha intenção de realizar o trabalho de campo naquele local. Diante das minhas indagações, ele anuiu prontamente a essa solicitação e revelou ter ficado feliz e honrado com a minha escolha. Explicou-me em linhas gerais, o funcionamento do serviço, as técnicas de reprodução empregadas, a opção por utilizar menores quantidades de hormônios na indução da ovulação e outras questões correlatas. O diretor enfatizou como primeiro passo a necessidade de submissão do Projeto de Pesquisa ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), uma exigência do Ministério da Saúde (Resolução 196/96) em pesquisas que envolvam seres humanos. Essa medida é o referencial formal para a pesquisa envolvendo seres humanos em todo o Brasil e objetiva a proteção dos mesmos na sua integridade, baseado nos princípios do respeito, da beneficência, da não maleficência e da justiça.<sup>247</sup> Após o cumprimento desse trâmite a minha entrada seria franqueada, o que concordei. Ao final da nossa conversa, colocou-se à disposição para quaisquer esclarecimentos e forneceu-me os telefones do serviço e o seu telefone pessoal, além de ter me convidado para assistir a uma reunião com os casais que estariam começando o ciclo de procedimentos nos próximos meses. Na ocasião,

---

<sup>246</sup> BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed.70, 1975.

<sup>247</sup> Resolução nº 466/2012. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Disponível em: [conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf). Acesso em 12 de outubro de 2016.

apresentou-me ainda a outro membro da equipe, a psicóloga, que também me recebeu de forma muito solícita e amável, disponibilizando seus préstimos e reiterando o convite para a reunião que teria lugar em setembro do mesmo ano.

Em setembro de 2013 compareci à reunião denominada “Orientações e Instruções para o Tratamento de Infertilidade” – OIPTI 1, realizada às 19 h no Auditório do HEAA. Trata-se de uma palestra informativa direcionada aos casais que estão no início do “tratamento” e discutem-se vários assuntos como as diversas causas da infertilidade, as técnicas disponíveis, as fases dos procedimentos (como ocorrem os ciclos de tratamento), o destino dos embriões excedentes, a doação e recepção de material reprodutivo e ainda os aspectos psicológicos e emocionais envolvidos no processo reprodutivo, o controle do estresse, ansiedade, a espera e incertezas que cercam os procedimentos. A palestra teve duração de cerca de duas horas, foi ministrada por uma das embriologistas do serviço e pela psicóloga. Foram utilizados recursos audiovisuais bem elaborados a fim de tornar as explicações (que são por si só bem minuciosas) mais compreensíveis, haja vista a variabilidade do público presente. A propósito, nesta reunião compareceram sete casais, na faixa etária de 25-35 anos, a maior parte de etnia branca. Também foi notado duas mulheres desacompanhadas, que assim permaneceram até o término da reunião e um homem desacompanhado. Foi bastante enfatizado pela psicóloga a necessidade de parceria entre o casal, a não culpabilização pela situação de infertilidade, a manutenção de outros interesses que não só a busca pela gravidez e sobretudo a busca de esclarecimento de todas as dúvidas com a equipe técnica. Um aspecto muito relevante foi a abordagem de que o “tratamento” é para o casal, independente da causa da infertilidade, e que períodos de insegurança e labilidade emocional fazem parte do processo, porém tentar viver o mais normalmente possível, sem fazer do “tratamento” o único foco da vida. Ao final das orientações, o espaço foi aberto para perguntas e retirada de dúvidas, e dentre todos os presentes, apenas três perguntas foram feitas, todas por mulheres. Perguntou-se sobre o número de vezes que uma paciente poderia se submeter ao “tratamento”, o qual foi respondido que dependia conjuntamente da avaliação do médico e do casal. Outra pergunta foi relativa ao número de vezes que a Prefeitura custeia o “tratamento”. A resposta foi que pode ser mais de uma vez, mas é levada em conta a idade da paciente, o número de vezes que foi submetida às técnicas e se tem ou não filhos. A última pergunta foi se havia algum tipo de alimento que ajudaria a melhorar a qualidade dos óvulos, o que foi respondido negativamente.

- Entrada no campo – primeiro momento

Após um hiato de cerca de 18 meses, período em que fiz a defesa do Projeto de Pesquisa no PPGSP (setembro de 2014) e a submissão do mesmo ao Comitê de Ética em Pesquisa – Plataforma Brasil, com aprovação em dezembro de 2014, sob o número CAAE 39032314700005583 (Anexo A), retornei ao Centro de Infertilidade para efetivamente iniciar o trabalho de campo. Assim, em 02 de março de 2015 dirigi-me novamente à Direção do serviço munida da folha de aprovação do CONEP e da carta da minha orientadora, apresentando o título e o teor da pesquisa e solicitando a permissão para a pesquisa. Esclareci que nesse primeiro momento, eu iria fazer uma Observação Participante e somente em um momento posterior iria abordar diretamente os (as) pacientes. Dr. Estevão<sup>248</sup> apresentou-me então às secretárias do serviço e a outros componentes da equipe técnica que estavam ali no momento (a enfermeira, a técnica de enfermagem e uma das embriologistas) e passou-me os horários de todos os atendimentos da Clínica. Aproveitei o ensejo e solicitei a uma das embriologistas uma visita guiada ao laboratório de reprodução humana, e foi agendada a excursão. Fui informada pela psicóloga de nova reunião de OIPTI 1 marcada para a semana seguinte, e achei interessante assistir também a essa para fins comparativos com a que eu havia assistido em 2013.

Após essa primeira entrada, digamos assim, retornei no dia seguinte para iniciar as minhas observações. Embora eu não tenha experimentado qualquer dificuldade de acesso ao campo, intimamente estava pouco à vontade, sem saber como me posicionar no ambiente e uma dúvida assaltava-me: como eu iria me identificar perante os usuários do serviço? Como médica? Como estudante de doutorado ou como pesquisadora? O tempo corria célere e não comportava divagações dessa natureza. Então, ao adentrar ao serviço optei por colocar o meu jaleco branco, com o meu nome gravado e a profissão, uniforme de todo dia. Essa vestimenta, por si só, já mostrava a minha opção: entrei no campo como médica, como “parte da equipe”, contudo, ao abordar os pacientes sempre explicava a minha “dupla” identidade: a de médica e de pesquisadora. Isso não me causou qualquer atribulação, ao contrário: tenho consciência de que sem a “dupla identidade”, o meu acesso aos casais não se daria da forma como se deu. Narro aqui um fato ocorrido que acredito ser ilustrativo: com aproximadamente dois meses da minha incursão na Clínica, a equipe se viu às voltas com um caso clínico não rotineiro,

---

<sup>248</sup> Nome fictício.

envolvendo o diagnóstico pré-gestacional de um embrião com anomalias graves e certo clima de tensão pairava entre eles. Nesta ocasião, alguns membros da equipe se reuniram informalmente na sala de exames e a discussão clínica veio à tona. Eu estava presente aguardando para assistir a realização de algumas ultrassonografias e achei mais correto retirar-me do ambiente, pois não fazia parte da equipe multiprofissional. À menção da minha atitude de retirada da sala, o diretor clínico do serviço interveio e disse para eu ali permanecer, pois eu “era um deles e já fazia parte da rotina do serviço”. Em outra ocasião foi criado um grupo da Clínica no whatsapp e meu contato foi incluído pela equipe, o que foi extremamente útil para que eu acompanhasse a programação dos exames e procedimentos. Algumas pesquisadoras que se debruçaram sobre a temática da reprodução assistida contaram ter enfrentado muitas dificuldades de acesso ao campo. Marilena Corrêa, que efetuou a sua pesquisa em 1996-1997 para tese de doutorado, relatou que a sua pretensão inicial de entrevistar médicos especialistas em reprodução do Rio de Janeiro e de São Paulo, foi quase frustrada e teve resultados limitados, o que a obrigou a mudar a fonte de pesquisa. A dificuldade também se deu quanto ao acesso aos usuários dos serviços, que mesmo após agendamento prévio de contato e sob a anuência dos cinco especialistas brasileiros que ela conseguiu entrevistar, foi totalmente infrutífero. Cerca de 10 anos depois, Naara Luna relatou a mesma dificuldade de acesso em seu trabalho de campo. Além das imposições por parte dos serviços estudados do cumprimento de aspectos burocráticos, como a da submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa, houve um estranhamento à presença de uma antropóloga no meio médico, com resistência por parte dos profissionais, contudo os usuários não se recusaram a participar. Apesar de todos os entraves, e o que ela chamou de “barreira de silêncio em torno dos usuários de RA”, a sua pesquisa transcorreu sem necessidade de mudanças de objetivos e /ou de instrumental.<sup>249</sup>

Durante a pesquisa de campo, que durou quase cinco meses (02/03/15 a 28/07/15), frequentei intensamente o Centro de Infertilidade, ora observando a dinâmica da recepção, ora participando das consultas, das reuniões, dos exames e das punções foliculares, ora entrevistando os usuários e a equipe técnica em um momento posterior. O período de observação inicial foi fundamental para que eu apreendesse a rotina de funcionamento do

---

<sup>249</sup> Cf. CORRÊA, Marilena Villela. *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.17-18. Cf. LUNA, Naara. *Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro; Editora FIOCRUZ, 2007, p.23.

serviço e escolhesse o melhor momento de abordar os pacientes, o que explicarei em tópico posterior. Assim, de acordo com a minha disponibilidade de tempo e da oferta dos atendimentos, estava no serviço de manhã ou à tarde. As consultas e exames aconteciam nos dois turnos, de segunda a sexta-feira (das 08h00min às 18h00min horas) e eram realizadas por um médico e duas médicas especialistas em RHA. Havia também consultas com as embriologistas, onde eram discutidos com as (os) pacientes questões como o destino do material biológico, doação/recepção de material reprodutivo, nuances das técnicas, e ainda consultas com a psicóloga, obrigatória para os casais que estavam iniciando o “tratamento” e sob livre demanda para os demais. Tive oportunidade de assistir a consultas com todos os componentes da equipe técnica e observar o atendimento e a relação entre os casais e a equipe e até mesmo entre os membros da mesma. A duração das consultas era bastante variável, de acordo com a situação em questão: se era o primeiro atendimento, tendia a demorar mais, pela necessidade de mais perguntas para investigação e solicitação de exames. Se fossem apenas para trazer resultado de exames ou delinear o plano de “tratamento” duravam um tempo menor, mas sempre considerando as necessidades da (do) paciente. Sendo assim, o tempo médio era de 15 a 40 minutos. O que chamou a minha atenção foi a variedade de causas médicas de infertilidade, de idade dos casais (desde aqueles com 22, 23 anos até aqueles na quarta década de vida), profissões/ocupações, histórias de vida e trajetórias tão diversas, mas uma linha em comum: o sonho, o desejo, a ansiedade, a esperança de terem um filho. Eu permanecia em uma cadeira no consultório próxima do profissional que prestava o atendimento e era por eles apresentada aos pacientes antes do início da consulta, como “médica que estava fazendo uma pesquisa na clínica” e era então solicitada a permissão para a minha presença naquele momento. Nenhuma das ou nenhum dos pacientes fez objeção à minha presença nas consultas e muito poucos se dirigiram a mim (apenas uma mulher durante uns três minutos que ficamos a sós enquanto a embriologista saiu da sala para buscar um papel na recepção). Interessante notar que mesmo não sendo a minha área de atuação profissional, eu de fato me esforcei para me familiarizar com tantas técnicas diversas e exames pouco habituais na minha prática profissional e os médicos da equipe dirigiam-se a mim frequentemente para esclarecer as condições clínicas dos pacientes atendidos e até discutir brevemente alguns resultados de exames. A média de atendimentos de pacientes por profissionais e por turno de ambulatório (manhã ou tarde) também variou, e girava em torno de 08 a 10 pacientes.

Percebi que nos atendimentos a maior parte das pacientes compareceu sozinha, foram poucos os casais que vieram juntos. Uma possível explicação pode ser o horário dos atendimentos em que o homem poderia estar retido no trabalho e não querer ou não poder justificar uma ausência para ir à consulta, ainda mais a esse tipo de consulta, denotativa de um “problema” para ter filhos. Contudo, muitas mulheres que exercem uma atividade remunerada não deixaram de comparecer ao atendimento, o que pode ser interpretado sob o viés de gênero: a responsabilidade sobre a não reprodução e sobre a reprodução compete à mulher. Também percebi nas consultas a que assisti que poucas/poucos pacientes faziam perguntas aos profissionais relativas a questões do “tratamento”. Elas (eles) costumavam ouvir as explicações e responder estritamente ao que havia sido indagado. Algumas consultas médicas eram seguidas de realização de ultrassom e nessas ocasiões percebia uma empolgação maior, pois muitas perguntavam sobre quantos folículos maduros estavam presentes no exame. Esse panorama mudava bastante em relação às consultas com as embriologistas, pois nesses casos surgiam mais dúvidas e perguntas. Como já mencionado, as questões trabalhadas com essas especialistas, entre outras, dizem respeito ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, um instrumento informado, elaborado em formulário próprio, em que os casais precisam assinar mediante as decisões tomadas sobre o destino dos embriões excedentes e sobre o destino dos embriões criopreservados em casos de divórcio, doença grave ou morte de uma das partes. O documento é assinado a partir da discussão entre casais e os profissionais envolvidos na prática da RA e após a concordância, por escrito, é registrado em cartório.

Ao observar os atendimentos e avaliar a interação da equipe profissional com os usuários e entre eles mesmos, pude observar uma grande afinidade profissional entre todos. Eles passam informações firmes, seguras e transmitem confiança aos pacientes e estão sempre disponíveis para esclarecimentos ou qualquer outra eventualidade. O fator confiança na equipe foi mencionado por grande parte dos meus entrevistados, que afirmavam sentirem-se amparados e satisfeitos com os atendimentos e esclarecimentos prestados. Alguns pacientes relataram que o nível de atendimento de excelência do serviço quase não os fazia crer que os “tratamentos” aconteciam pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Há semanalmente reuniões entre os membros do Centro para a discussão de casos clínicos, elaboração de protocolos de atendimento e outros assuntos pertinentes, mas eu pude ver entre eles uma postura de respeito e busca de qualidade e humanização no atendimento. Não obstante a confiança nas relações pacientes- profissionais da equipe, pude perceber por parte de alguns usuários certa relação

pragmática e instrumental em relação à Clínica, no sentido de: ‘Vamos fazer o que tem que ser feito’, ‘Vocês vão nos dar o filho esperado e apenas isso’. Isso talvez explique o fato de muitos casais após a obtenção da gravidez e do filho, não mais retornarem ao serviço sequer para dar notícias, como foi mencionado por alguns componentes da equipe técnica. Por outro lado, tal atitude não é unívoca, como pude avaliar no decorrer da pesquisa. Certo dia em que estava na Clínica presenciei um casal que trouxe o seu bebê, de cerca de cinco meses, nascido por FIV, para que todos da equipe o conhecessem. Fotografias em profusão, elogios à performance do corpo técnico, mas principalmente alegria e gratidão foram a tônica desse encontro. Acontecimentos desse tipo não são raros, bem como convites à equipe por ocasião das comemorações do primeiro ano de vida do bebê nascido com o auxílio da tecnociência e com a mediação do serviço. Apesar de tudo isso, seria ilusório supor que a relação médico-paciente, como qualquer outra relação humana, seja livre de conflitos. Uma das pacientes entrevistadas ao relatar a causa da busca pelo serviço de reprodução assistida, qual seja a infertilidade do seu marido, mencionou uma situação desagradável: a médica que fez a consulta, após avaliação dos exames clínicos, sugeriu com franqueza a possibilidade de o casal recorrer à doação de espermatozoide heterólogo como a única forma que teriam de obter o filho biológico. Esse assunto gerou revolta por parte do companheiro, que não quis mais voltar às consultas e só o fez após reiterados apelos da esposa. Para além das conotações de gênero, que vinculam infertilidade masculina com as construções de masculinidade, o companheiro entrevistado me disse que tal sugestão foi “um abuso da médica, e que ela não tinha o direito de bagunçar assim...”, em alusão à presença de um terceiro na relação conjugal, por meio do espermatozoide doado.

Ainda no que se refere à relação dos usuários do serviço com a equipe, notadamente com os médicos, percebi que tanto as pacientes mulheres quanto os homens cumpriam à risca as orientações fornecidas, o que foi por eles (usuários) mencionado em diversos momentos das nossas conversas. Alguns maridos me contaram que ao comprar o isotônico para as esposas tomarem durante o tratamento (uma orientação da clínica), eles optavam por comprar sempre a marca comercial mais cara (GATORADE®), embora não houvesse menção à obrigatoriedade de determinados nomes comerciais. Eu interpreto a obediência por parte dos pacientes aos preceitos médicos como fruto de uma relação hierárquica na relação médico-paciente historicamente construída, pois os médicos serão os instrumentos de realização do sonho do filho. Concomitantemente, seguir à risca todas as orientações da equipe torna-se

primordial devido ao temor de insucesso em relação aos procedimentos e técnicas por parte dos pacientes.

No início da minha entrada no campo assisti à segunda reunião OIPTI em 09 de março de 2015, a convite da equipe técnica. Como a anterior, foi realizada nas dependências do HEAA e no período da noite, a fim de que o maior número de pacientes pudesse ser beneficiado. Durou cerca de 1 hora e 50 minutos e foi conduzida pela psicóloga, pela embriologista e pela enfermeira da equipe. Os temas abordados seguiram, em linhas gerais, o mesmo padrão daqueles discutidos em 2013, com grande relevância ao aspecto emocional e psicológico das (dos) pacientes envolvidas (os). Com a utilização de recursos audiovisuais, a enfermeira abordou os aspectos clínicos dos ciclos de fertilização, como usar as medicações indutoras de ovulação, como ocorre a punção folicular e a transferência embrionária e reiterou a necessidade de aumentar a ingestão hídrica para evitar a síndrome de hiperestimulação ovariana, uma das complicações possíveis do procedimento. A embriologista por sua vez, deteve-se a esclarecer as variadas causas de infertilidade, o passo-a passo dos procedimentos e os aspectos de doação/recepção de óvulos e espermatozoides, bem como o destino dos embriões excedentes, de acordo com a Resolução do CFM. Como na reunião assistida em 2013, a equipe enfatizou sobremaneira os “baixos” índices de sucesso na obtenção de uma gravidez independente da técnica empregada, como atesta uma das falas: “O nosso objetivo é que vocês saiam daqui grávidas. Nós choramos junto com vocês quando não dá certo, mas o nosso corpo às vezes reage de forma inesperada ao tratamento. Então, independente da técnica há 70% de chance de não engravidar.”<sup>250</sup> Caso isso aconteça, a orientação é seguir a vida da forma mais “normal” possível e reiniciar o processo após um período de espera variável e individualizado, mas em média três meses no mínimo.

Nesta reunião, além das três representantes da equipe técnica e desta pesquisadora, estavam seis casais e duas mulheres desacompanhadas. Desta vez, a plateia foi bem participativa e percebi várias perguntas realizadas pelos homens à equipe, tais como os custos da medicação e de exames, o número de vezes que é permitido se submeter aos ciclos custeados pela Secretaria de Saúde e se seria possível escolher o sexo do futuro bebê, entre algumas outras. As perguntas eram respondidas de forma clara pela equipe e foi ressaltada a proibição no Brasil da prática de sexagem (utilização das técnicas de RA com a intenção de

---

<sup>250</sup> Fala de uma profissional da equipe do CIN-NF em reunião OIPTI no dia 09/03/15.



selecionar o sexo da criança), exceto quando se tratar de evitar a transmissão de determinadas doenças genéticas no filho que venha a nascer. Ressaltou-se que o ciclo de “tratamento”, com medicações e exames é inteiramente custeado pela parceria do serviço com a Secretaria Municipal de Saúde, exceto para situações específicas, como o congelamento de embriões excedentes e a realização de exames de diagnóstico genético nos embriões (PGD), cujos custos ficam a cargo da (do) paciente.

- Já no campo - segundo momento

Optei por fazer essa divisão de entrada no campo em dois momentos diferentes apenas para maior clareza na leitura, mas o fato é que as incursões aconteceram simultaneamente: ora eu assistia às consultas, reuniões e procedimentos, ora estava abordando os participantes da pesquisa. Conforme já explicitado anteriormente, os procedimentos de reprodução assistida são efetuados em várias etapas ou “fases”. Para maior nitidez quanto aos momentos da minha entrada no campo, explico o protocolo de atendimento da clínica pelo Sistema Único de Saúde, com base nas informações prestadas pela equipe técnica do serviço (Apêndice D). Isso se torna importante para compreender a minha abordagem aos casais usuários do Serviço e a necessidade de realização de algumas entrevistas conjuntamente entre os dois membros do casal.

Inicialmente a (o) (s) paciente (s) com histórico de esterilidade/infertilidade chega ao CIN-NF encaminhada por outros serviços ginecológico-obstétricos. Após o período de marcação da consulta (realizado no núcleo de controle localizado no HEAA), cujo tempo de espera gira em torno de 30 a 45 dias, a paciente adentra aos consultórios. Na primeira fase a paciente é submetida a uma avaliação médica com vistas a definir a(s) causa(s) da esterilidade/infertilidade, solicitação de exames e seleção do tipo de procedimento técnico mais apropriado para cada caso (a investigação clínica é realizada no casal). Logo em seguida, na segunda fase, a paciente é encaminhada para avaliação com a equipe multidisciplinar da clínica: psicóloga, assistente social e bióloga (embriologista). Nessa etapa é obrigatória a presença do casal e após as avaliações pelas respectivas especialidades, caso ele seja considerado apto ao tratamento<sup>251</sup>, é então encaminhado para a palestra “Orientações e instruções para o tratamento da Infertilidade” (OIPTI), cujo objetivo, como já vimos, é

---

<sup>251</sup> O casal é considerado APTO quando está preparado psicologicamente para iniciar o “tratamento” de infertilidade, passando pelas reuniões OIPTI e dando início aos procedimentos de reprodução humana assistida.

abordar e discutir temas relevantes ao “tratamento”. Concomitantemente, a(s), o (s) paciente(s) é orientada (o) a procurar a Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes para efetivamente “dar entrada” no processo burocrático que possibilitará o custeio total do “tratamento” nessa clínica de reprodução assistida. A partir da terceira fase há um período de espera de cerca de seis a oito meses, que corresponde à liberação dos trâmites burocráticos junto a Secretaria Municipal de Saúde de Campos. Após tal liberação, a paciente é convocada a comparecer à Clínica e iniciar o ciclo de procedimentos a partir do 1º dia do seu ciclo menstrual. Foi exatamente nessa fase, coincidente com o início do “tratamento” que fiz a minha abordagem às pacientes para a pesquisa, a fim de conhecer as (os) usuárias (os) do serviço e apreender o contexto e as razões que as (os) levaram a buscar tais técnicas, as suas percepções e expectativas quanto à maternidade e à constituição de uma família – enfim, os dilemas e esperanças na busca do filho biológico.

O primeiro passo do “tratamento” é a estimulação ovariana por meio de injeções hormonais que duram em média 8 a 10 dias. Por volta do 5º dia das injeções, a paciente é submetida a um ultrassom transvaginal para a monitorização do crescimento e amadurecimento dos folículos ovarianos. No dia apurado para a aspiração dos folículos, a paciente interna-se em uma Enfermaria do Hospital a fim de aguardar a sua ida ao Centro Cirúrgico da clínica onde ocorrerá o procedimento. No momento da aspiração folicular, o parceiro é solicitado a fornecer uma amostra de sêmen, que deverá ser entregue identificado ao laboratório do Centro de Infertilidade. A transferência dos pré-embriões para o útero se dará após 2, 3 ou 5 dias da aspiração e essa decisão depende da evolução do caso no laboratório. Cerca de 11 a 15 dias após a transferência embrionária é realizado o teste de gravidez (análise quantitativa de HCG) e a paciente retorna a clínica para o resultado e a consulta com o seu médico e com a psicóloga. Outro exame de ultrassom é realizado 3 a 4 semanas após a transferência a fim de detectar a presença dos batimentos cardíacos fetais e avaliar a possibilidade de aborto, gravidez múltipla e gravidez ectópica. Com a confirmação dos batimentos cardíacos fetais a paciente é encaminhada para a realização de pré-natal em outro serviço. Se o teste de gravidez for negativo, ainda assim a consulta com o médico do serviço e com a psicóloga é realizada, a fim de revisar o tratamento, discutir novos planos de ações e oferecimento de suporte emocional e psicológico.

As explicações fornecidas acerca do protocolo de atendimento do serviço ajudam na compreensão da minha abordagem às pacientes selecionadas (aquelas que estavam realizando os procedimentos pelo SUS). A partir do início do seu ciclo menstrual elas frequentavam a clínica diariamente a fim de receberem as injeções hormonais e realização de ultrassom posteriormente. Eu aproveitava esse momento e as abordava, ainda na sala de medicação, e a nossa conversa era mediada pela enfermeira da equipe, que me apresentava como “a médica que estava fazendo um estudo na clínica”. Eu então mencionava o teor da pesquisa e indagava sobre a possibilidade da sua participação sob a forma de entrevista, e sobre a possibilidade de participação também do seu companheiro em ocasião posterior. Eu garantia de imediato o sigilo da identidade dos participantes e da não obrigatoriedade da participação, que, aliás, era completamente desvinculada do “tratamento”. Das 14 pacientes abordadas, 12 concordaram com a participação (totalizando 12 casais), sendo que quatro delas concederam a entrevista no mesmo dia e horário da abordagem. Cinco pacientes, por razões de horário de trabalho e de compromissos pessoais, agendaram a entrevista para dias posteriores. Ressalto que dentre essas cinco, duas mulheres trouxeram os seus companheiros no dia e horário aprazados e assim, a entrevista foi realizada com o casal. Outras duas pacientes vieram receber a medicação com seus maridos, que estavam a acompanhá-las e concederam a entrevista também em conjunto. Ao abordar outra paciente, ela concordou com a participação, porém estava no último dia de medicação e a punção folicular seria realizada no dia seguinte. Ela então concedeu a entrevista junto com o parceiro após o procedimento.

Esclareço que as entrevistas foram todas realizadas no ambiente da Clínica e/ou do Hospital e aquelas mulheres que compareciam sozinhas para receber a medicação, tiveram seus companheiros entrevistados no dia da aspiração dos folículos, pois nesta ocasião era obrigatória a presença deles para a obtenção do sêmen. Enquanto as pacientes eram submetidas ao procedimento eu permanecia com eles na Enfermaria individual e procedia à entrevista. É importante informar que a dificuldade que enfrentei na pesquisa foi referente aos dias e horários para as entrevistas com os usuários. Como os ciclos de RA ocorrem sem obedecer a feriados e fins de semana, repetidas vezes eu estava nas dependências do hospital nessas ocasiões e nos horários os mais variados possíveis, a fim de surpreender as pacientes e mesmo o parceiro. Sem dúvida foi um desafio conjugar os meus horários de estudo na Universidade com os de trabalho e a aplicação do instrumental da pesquisa. Nem sempre havia também salas disponíveis para as entrevistas, então eu improvisava realizando-as na

sala de exames da clínica ou mesmo em enfermarias vazias do hospital (com o inestimável auxílio da chefia de enfermagem), contudo sempre a sós com a (o) (s) entrevistada (s). Ao contrário, as entrevistas com a equipe técnica transcorreram sem sobressaltos, pois combinávamos o melhor horário para as (os) envolvidas (os).

Foi bastante significativo o fato de as mulheres avalizarem a participação dos seus companheiros na pesquisa. Quando eu pedia a elas que consultassem seus companheiros em casa sobre a sua possível participação, todas elas imediatamente retrucavam: “- Ah, ele vai querer participar sim. Ele gosta de falar.” E isso de fato se confirmou, o que pode ser interpretado como uma “transgressão” de gênero, pois o estereótipo masculino é ser calado e não expor seus sentimentos e pensamentos. Todos os membros da equipe técnica foram muito solícitos e participaram ativamente da pesquisa, sem quaisquer resistências.

## **4.2 O Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte Fluminense – CIN-NF**

### **4.2.1 Histórico do Serviço**

O Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte Fluminense é um centro médico especializado em reprodução humana assistida que dispõe de uma estrutura física e equipe multiprofissional voltada para oferecer ao público os mais atuais métodos de diagnóstico e “tratamento” para a infertilidade. Está localizado na cidade de Campos dos Goytacazes, no Bairro Pelinca, considerado uma área nobre da cidade por congregar estabelecimentos bancários, comerciais e educacionais e residências de alto padrão. O serviço funciona nas dependências do Hospital Escola Álvaro Alvim desde a sua fundação e início de funcionamento em 2006. O trabalho na área de reprodução assistida iniciou-se a partir de uma parceria do Centro com o referido hospital, com a Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes, que financiou o projeto e uma parceria científica com Universidade de Valencia na Espanha, referência mundial em medicina reprodutiva. Em 2010 a parceria com a Prefeitura e com o Hospital resultou em um programa de oferecimento de fertilização *in vitro* a mulheres, homens, casais, de forma inteiramente gratuita ao englobar exames, medicações e procedimentos especializados. O programa de gratuidade contempla os moradores do município de Campos e o acesso se dá por meio de marcação no HEAA e avaliação pelo médico especialista em RHA e pela equipe multidisciplinar. A utilização de protocolos de

baixas doses de medicamentos (estímulo mínimo) adaptados às necessidades individuais dos pacientes contribuí para diminuir os gastos com medicamentos com consequente redução dos custos. O serviço não impõe limite de idade às pacientes para realizar os procedimentos, porém a única exigência para o “tratamento” é o casal apresentar a certidão de casamento ou um contrato de união estável registrado em cartório. Indaguei sobre esta prerrogativa a alguns membros da equipe:

A razão da exigência é legal. O casamento nada mais é do que uma doação de gametas para um e para outro. Tirando os outros lados da história, do ponto de vista biológico é isso: eu estou me comprometendo a doar o meu gameta para aquela pessoa e vice-versa. E isso é oficializado com o casamento; seria uma doação oficial e regulamentada.<sup>252</sup>

Eu enxergo mais como uma questão do produto da concepção, dessa criança nascer dentro de uma união, até para a criança nascer em um núcleo familiar estabelecido legalmente. E tem também a questão do material genético: se sobrar um embrião congelado ali e eles não possuírem união estável ou um vínculo legal, de quem é o material? Acho necessário até para respaldo legal e para evitar manipulações indevidas.<sup>253</sup>

Em relação ao número de vezes que um casal pode recorrer à reprodução assistida na Clínica, por meio do subsídio público, diante da pergunta de um usuário durante uma reunião OIPTI foi esclarecido que poderiam fazer mais de uma vez (não foi especificado quantas vezes), mas teriam que entrar novamente na fila. É ressaltado por Allebrandt e Macedo a limitação do número de tentativas dos serviços públicos, que está fixado em três ciclos. Esse critério, de acordo com as autoras está associado aos altos custos do tratamento e a necessidade de dar oportunidade de acesso a um maior número de mulheres<sup>254</sup>. Sobre o acesso de casais homossexuais e pessoas solteiras (a chamada produção independente) aos serviços de RA da clínica, foi relatado que não há impedimentos e já houve inclusive dois casos de lésbicas que procuraram a clínica em busca dos procedimentos, mas não chegaram a realizá-lo e um deles acabou por recorrer à adoção.

---

<sup>252</sup> Fala de Estevão, Médico da equipe técnica.

<sup>253</sup> Fala de Beatriz, Médica da equipe técnica.

<sup>254</sup> ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana Lopes de. Caminhos percorridos: o acesso as NTRC e suas implicações. In: ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana Lopes de (Org.). *Fabricando a vida: implicações éticas culturais sobre o uso de novas tecnologias reprodutivas*. Porto Alegre: Metrópole, 2007.

O Centro também oferece atendimento e “tratamento” via pagamento direto e ainda conta com um programa próprio que contempla casais com renda familiar mensal de até R\$2500,00, sendo necessário o cadastro no site da Clínica, preenchimento de uma ficha de inscrição e comprovação de renda.<sup>255</sup> É frequente também a presença de pacientes de cidades vizinhas e mesmo de outros estados e regiões do país.

O serviço realiza como procedimentos de reprodução assistida a inseminação artificial conjugal (autóloga), a Fertilização *in vitro* (FIV), a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI), O Diagnóstico Pré- Implantatório (PGD) e foi o primeiro centro no Brasil autorizado pela ANVISA a utilizar o dispositivo INVOcell. Trata-se de uma cápsula biológica onde é colocado o meio de cultura e os gametas (óvulo e espermatozoide) e é depositada na cavidade vaginal da paciente para a fertilização dos gametas e embriões, em substituição à incubadora do laboratório. O Centro possui Banco de Sêmen Terapêutico, para armazenamento de amostras de sêmen de pacientes que serão submetidos a procedimentos que podem comprometer a ejaculação e/ou a produção de espermatozoides, como os diversos tipos de cânceres ou cirurgias de próstata e testículos. Além disso, é utilizado para armazenar amostras de sêmen de homens que serão submetidos à vasectomia.

#### **4.2.2. O Ambiente da Clínica**

O Hospital Escola Álvaro Alvim é uma instituição de domínio público, sem fins lucrativos, ligado à Faculdade de Medicina de Campos. A entidade presta serviços médicos e hospitalares em diversas especialidades e mantém serviços educacionais de Ensino Médico e Institutos Científicos. Conforme comentado anteriormente, o CIN-NF encontra-se localizado nas dependências do Hospital, no 2º andar, cuja entrada se faz pelo corredor dos ambulatórios do térreo. Há uma escada de acesso que leva diretamente ao hall de entrada da clínica e apenas um painel com a figura de uma barriga grávida sob o nome do serviço indicam o caminho a ser seguido pelos usuários. Nesta ala do Hospital não se veem pacientes em estado grave ou em macas como costuma ocorrer nos demais estabelecimentos de saúde; o que desmistifica a ideia de hospital como um lugar de doenças, morte, luto. No meu entendimento, a localização “estratégica” da clínica em certo espaço do hospital em muito

---

<sup>255</sup> Informações obtidas no site da clínica. Disponível em: [www.centrodefertilidade.com.br/institucional.php#historico](http://www.centrodefertilidade.com.br/institucional.php#historico). Acesso em 03/10/16.

contribui para deixar os usuários do serviço de reprodução menos apreensivos em relação ao ambiente tradicionalmente inóspito.

Ao sopé da escada que conduz ao hall de entrada do Centro há dois bancos no corredor externo que servem de assento aos pacientes. A porta de entrada da Clínica é de vidro inteiramente coberta por uma película adesiva com a figura colorida da mão de uma pessoa adulta segurando a mão de um bebê e o logotipo e nome do serviço. A recepção é uma sala ampla e arejada, com pisos de cor branca e paredes pintadas em ténue tom de verde. Um dos lados da sala é decorado com papel de parede em tons de bege claro e avistam-se três espécies de quadros: na parede de entrada, à extrema esquerda há uma imagem de Nossa Senhora, ricamente ornamentada com uma moldura dourada, a simbolizar o aspecto sacrossanto da maternidade. Na parede contígua, de frente para a porta de entrada há um grande quadro com imagens de vários bebês de fraldas e uma sucessão de pequenas fotos, do tipo slides, em que são mostrados todo o processo de formação de um bebê desde o estágio das primeiras divisões celulares. A mim pareceu o milagre da vida em série, sempre a lembrar aos pacientes o lugar em que estão e o que os motivou a estarem exatamente ali.

Para acomodar os presentes há quatro conjuntos de estofados confortáveis de couro marrom e uma poltrona, uma mesinha de centro de vidro onde repousa um arranjo de flores artificiais, bem como uma mesinha lateral também adornada com um vaso de flores. O ambiente conta ainda com uma TV fixada em uma das paredes e um painel decorativo onde são expostas revistas atualizadas do tipo “Caras”. Em outro canto da sala vê-se uma espécie de armário-gaveteiro em cuja superfície se encontra um filtro eletrônico de água mineral, copos plásticos e uma bandeja com a garrafa de café, que é periodicamente repostado pela copeira. Esta, aliás, circula incontinenti pelo espaço, devidamente uniformizada, a organizar o ambiente físico, a limpeza do local e o fornecimento do suprimento de café. À primeira vista a recepção do centro assemelha-se muito à sala de estar de uma residência, onde todos falam em voz baixa e se movem harmoniosamente. Creio ser este o objetivo da disposição dos elementos decorativos: deixar os usuários à vontade, em um ambiente repousante e acolhedor, o mais próximo possível da “vida lá fora, da vida de casa”, com vistas a amenizar a ansiedade e tensões do momento. Os elementos que demonstram ser uma clínica e não a sala de estar de nossas casas é o balcão de recepção, onde no lado interno estão sentadas as duas recepcionistas, devidamente uniformizadas, e a tela de senha digital a indicar a ordem de atendimento das (dos) pacientes. Existe ainda, em uma das paredes, ao lado do balcão, um

painel de LED que transmite figuras e detalhes de todas as técnicas de reprodução assistida, porém em todas as vezes que estive no local percebi que nenhum dos pacientes se deteve em prestar atenção nessas informações, talvez pela complexidade das mesmas ou por preferirem discutir e decidir com os médicos as melhores opções de “tratamento”. Há alusão ao nascimento do primeiro bebê INVO do Brasil, Maria Vitória, realizado pela Clínica, precedido pelo slogan com o trocadilho: “CIN-NF – A Vitória da Vida”!

A clínica possui em suas dependências, duas salas de consultório, uma com equipamentos para realização de ultrassonografia e aplicação de medicação, outra sala contígua de coleta de sêmen ligada ao laboratório do próprio centro, dois banheiros, espaço de escritório e arquivos, sala da administração e copa. Os consultórios são decorados com cores claras, mobiliário em madeira (armários, mesa e gaveteiros), poltronas confortáveis (duas poltronas para pacientes e uma para o profissional), computadores e estantes com livros especializados. As referências à gravidez e às crianças abundam na clínica e permeiam toda a decoração. No consultório 1 há um enorme painel com fotos dos bebês nascidos na Clínica, oferecidos por seus pais e, sobre a estante, livros se misturam também com porta retratos de bebês ali nascidos. Sobre a mesa do consultório 2 há a escultura de uma mulher grávida e na parede em frente à porta de acesso há um quadro com a imagem de três bebês fantasiados de ursinhos. Na outra extremidade há um quadro com a figura de uma mulher grávida juntamente com imagens das fases do desenvolvimento de um bebê. Diferentemente de outros consultórios e/ou ambulatorios médicos, a clínica não possui maca ou cama para exames clínicos das pacientes (exceto na sala de ultrassom). A minha interpretação para o fato é que a RA é uma especialidade tão técnica que a entrada dos pacientes ao serviço já denota o primeiro passo para a resolução de uma situação (a infertilidade), pois *a priori*, exames clínicos já foram realizados em etapas precedentes em outros serviços. Um aspecto relevante é que a ausência de maca desvincula a infertilidade e a própria reprodução assistida do contexto de doença, pois os instrumentais usados são outros - eles estão ocultos no centro cirúrgico, e de certa forma isso também aproxima os pacientes da equipe. A mensagem explícita é: “Nosso trabalho é dar a vocês (casais) um bebê e para isso utilizaremos de todos os recursos oferecidos pela biomedicina, mas no final quem decide o sucesso da empreitada é a mãe-natureza”.

A sala para coleta de sêmen é contígua à entrada do centro e possui um estofado, uma mesa e revistas para estimulação do ato de emissão seminal. O laboratório da Clínica localiza-



se no segundo andar do hospital, ao lado do centro cirúrgico próprio, onde somente acontecem procedimentos de RHA. A entrada para ambos os locais somente é permitida aos integrantes da equipe e aos pacientes que irão se submeter aos procedimentos, e é indispensável o uso de vestimenta apropriada, gorro e máscara, a fim de evitar contaminação. É no laboratório de RA que acontece o encontro dos gametas, a formação e desenvolvimento dos pré-embriões e não pude deixar de notar uma “aura de sagrado” no local. Fiz uma rápida visita ao laboratório guiada por uma das embriologistas, assim mesmo por insistência da minha parte e pude ver diversos equipamentos da mais alta tecnologia. A clínica conta ainda com um laboratório de andrologia, capacitado a oferecer recursos para o diagnóstico de infertilidade masculina.

#### **4. 3 O Perfil da Equipe Técnica do Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte Fluminense**

A equipe da clínica é formada por cinco médicos (três especialistas em RHA, um ultrassonografista e um anesthesiologista), duas embriologistas, uma psicóloga, uma enfermeira, uma assistente social, uma técnica de enfermagem, um administrador de empresas e três secretárias. O médico especialista em RHA acompanha todo o processo de “tratamento”, desde a investigação diagnóstica aprofundada do casal para a detecção das causas de infertilidade, até a aplicação do exame de gravidez, confirmatório do sucesso ou insucesso do tratamento. O especialista solicita e interpreta exames laboratoriais, prescreve as medicações e realiza os procedimentos técnicos de IA, FIV e ICSI. O médico ultrassonografista realiza exames de imagem com o aparelho de ultrassom a fim de avaliar disfunções do trato reprodutor feminino, monitorização do crescimento e maturação dos folículos ovarianos, detecção dos batimentos cardíacos fetais nas pacientes grávidas. O médico anesthesiologista acompanha a paciente durante o procedimento cirúrgico, ministrando drogas anestésicas e/ou sedativas e garantindo a estabilidade clínica da mesma. O papel do enfermeiro na RA é a aplicação da medicação subcutânea e outras, preparo e gerenciamento do centro cirúrgico e da recuperação anestésica, orientação dos pacientes sobre os procedimentos, exames e pré-operatório, acompanhamento do médico na realização do ultrassom, determinação da quantidade de medicações e materiais de consumo a serem adquiridos, além de ser um mediador (a) entre os pacientes e os demais componentes da equipe multiprofissional. A esfera de atuação do embriologista relaciona-se a tudo que

envolve a manipulação de materiais biológicos (óvulos, espermatozoides, embriões): prepara os gametas e o ambiente para a FIV, realiza a cultura e seleção de embriões e criopreservação, monitora o desenvolvimento embrionário, preserva gametas e embriões para usos futuros. No CIN- NF o embriologista também presta atendimento aos casais sob a forma de consultas, esclarecendo os diversos aspectos biológicos dos procedimentos, além de trabalhar com os usuários os termos do Consentimento Livre e Esclarecido e o destino dos materiais biológicos. A atuação do psicólogo ocorre de acordo com as necessidades do casal: avaliação para o início do tratamento, orientações para o controle do estresse, frustrações, ansiedade, elaboração de lutos e depressão no sentido de fortalecimento emocional dos envolvidos para os sucessivos ciclos. A atribuição da assistente social é fazer uma avaliação socioeconômica dos casais como parte dos trâmites necessários para o custeio do “tratamento” pela Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes.

Em que pese a importância de toda a equipe no processo de reprodução humana assistida, o papel dos profissionais de psicologia e embriologia são capitais. A Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida reconhece a importância de os serviços contarem com uma equipe multiprofissional ao compreender as implicações psicológicas e biológicas que envolvem a infertilidade humana e concedem o título de capacitação em RA a estes profissionais, mediante o cumprimento de determinadas exigências. No serviço estudado, a psicóloga acompanha todos os pacientes, quer sejam os atendimentos públicos ou particulares, e isso faz parte do protocolo da clínica, a tal ponto que sem a sua colaboração, o processo reprodutivo poderia tornar-se mais dificultoso ou mesmo inviável, como foi colocado por um dos médicos da equipe:

O acompanhamento com a psicóloga é fundamental, porque aqui tem cada história... [refere-se aos pacientes]. Por exemplo, a psicologia: é obrigatória porque a paciente senta aqui comigo e ela não fala nada não. A ideia dela é falar o mínimo possível, com receio de a gente “bloquear”, então ela esconde tudo aqui de mim. Às vezes ela até fala um pouquinho, mas eu vou ficar sabendo das coisas é na reunião clínica com a psicóloga e com as biólogas. Acontece isso, com a mulher elas se abrem mais. E as biólogas também são o ponto-chave do laboratório, elas foram capacitadas, estão aqui desde o começo e aprenderam tudo aqui. (Estevão)

De forma contrastante, Luna relata uma posição mais periférica dos profissionais de psicologia nas equipes dos serviços de reprodução assistida onde ela realizou a sua pesquisa,

pois estes profissionais não tinham sequer sala de atendimento e muitos deles nem sempre integravam a equipe, uma vez que atendiam e recebiam apenas as pacientes consideradas “trabalhosas” ou mais problemáticas.<sup>256</sup>

A média de idade dos profissionais da equipe técnica que foram entrevistados é de 30 a 45 anos, sendo que o integrante mais novo tem 28 anos e o mais velho tem 63 anos. Dentre as nove pessoas entrevistadas, apenas três são solteiras e não têm filhos. Das seis pessoas casadas, a maior parte (cinco) tem um ou mais filhos. A maior parte da equipe técnica (exceto um componente) pertence à etnia branca. A trajetória profissional dos mesmos é bastante diversificada, de acordo com a multiplicidade de suas funções. Os médicos cursaram outras especialidades antes de ingressarem na RHA: todos se especializaram em ginecologia e obstetrícia e dois deles atuam concomitantemente em outro serviço em pré-natal de alto risco. Outros profissionais também conjugam seu trabalho na clínica com outras atribuições: uma das biólogas exerce atividade docente, a psicóloga atua em consultório como terapeuta de família e como profissional de instituição de acolhimento infantil e a assistente social atua em outros setores do HEAA. Destaco que quatro integrantes da equipe entraram no serviço como estagiários e com o tempo e treinamentos tornaram-se efetivos. A situação da técnica de enfermagem é narrada por ela mesma com certo orgulho: ela ingressou no HEAA como auxiliar de serviços gerais e permaneceu na função por seis anos, porém sempre se interessou por trabalhar com pacientes, mas não tinha condições financeiras de especializar-se. A direção do Centro percebeu esse desejo e interesse e incentivou-a (inclusive com custeio financeiro) a fazer o curso técnico de enfermagem. Com a conclusão, ela foi incorporada ao serviço onde atua por oito anos. Neste quesito, o tempo mínimo de trabalho em RA por parte dos profissionais foi de três anos, e há integrantes que atuam na área há mais de 15 anos. Além da equipe técnica, a clínica conta com o trabalho de três secretárias que se dividem entre atendimentos ao público e questões burocráticas relativas às documentações, marcações para exames, organização da agenda de atendimento dos profissionais, entre outros. São ainda as secretárias que fazem o contato inicial com as pacientes após a liberação pela prefeitura para dar início ao ciclo de procedimentos e preenchem as documentações necessárias. Diversas vezes ao adentrar no serviço eu me reportava a elas a fim de saber se naquele dia haveria alguma paciente novata na lista para iniciar o procedimento. Além da eficiência, falam baixo

---

<sup>256</sup> LUNA, Naara. *Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, p. 117.

e estão preparadas para lidar com qualquer tipo de situação adversa que porventura surja no contato com o público. Trajam-se com discrição e esmero, uniformizadas com indumentária de cor salmão e são as primeiras a chegar ao serviço e abrir as portas para o público. Por outro lado, os integrantes da equipe técnica trajavam-se durante as consultas e exames de ultrassonografia com roupas cotidianas, exceto uma das médicas que se vestia inteiramente de branco. A insígnia comum a todos era o jaleco branco longo, de mangas compridas, herdado dos professores universitários tradicionais. O tal jaleco branco foi meu distintivo durante a pesquisa diante dos usuários do Serviço, o que me colocou como “uma integrante da equipe”.

Por ocasião do meu período de estudo na clínica chamou-me a atenção o fato de o quadro de funcionários (equipe técnica e secretárias) ser composto predominantemente por mulheres, pois só há um homem na equipe, todos os outros membros são mulheres.<sup>257</sup> Abordei esse assunto durante as entrevistas e as explicações oferecidas demonstraram a “naturalização” e reprodução dos estereótipos de gênero vigentes socialmente. A quase totalidade da equipe (exceto uma integrante) enxerga o predomínio do feminino no serviço como algo muito pertinente (e até providencial), já que as mulheres estariam mais capacitadas pela “natureza” a lidar com sentimentos e emoções, sobretudo na área de reprodução assistida, que envolve tantos anseios e frustrações. Além disso, um misto de compaixão e empatia “inatas” ao feminino permite que as mulheres da equipe se coloquem no lugar das pacientes e avaliem melhor a situação de infertilidade vivida por elas.

A mulher no atendimento é mais sensível, né? E pro homem é tudo mais fácil; homem é mais insensível. E a mulher é isso aí: a sensibilidade. Eu acho que a sensibilidade faz com que você [profissional] se envolva mais, você percebe mais as coisas, percebe mais os problemas em relação às pacientes. (Camila, 32 anos, casada, Enfermeira).

Eu acho sensacional! É, eu acho sensacional. Pelo seguinte: assim... não é nenhum tipo de preconceito nem nada, mas as mulheres são muito mais sensíveis. Quando se fala de maternidade então, as mulheres são muito, muito, muito mais sensíveis. Então as pacientes chegam aqui às vezes desacreditadas, com medo, inseguras, e de repente se deparam com mulheres, entendeu? Então, assim, esse acolhimento, ela [a paciente] chegar e dar de cara com as mulheres ali é sensacional. Já quebra muitas barreiras. Então ela chegar e se deparar com várias mulheres e ser atendida por

---

<sup>257</sup> Há dois médicos no quadro de funcionários – o ultrassonografista e o anestesiológico – mas que atuam “fora” das dependências do serviço propriamente dito e há o administrador, que pela sua função não lida com as (os) pacientes.

mulheres, eu acho que ela se sente muito mais acolhida, muito mais à vontade. (Beatriz, 44 anos, casada, Médica).

Eu acho... Eu acho bom. Eu acho que a mulher tem mais tato pra lidar com a outra mulher que chega com um problema que é... Ela [paciente] não tem uma doença, mas ela tem uma limitação que acaba com o seu psicológico, como pessoa, como mulher. E chega muito fragilizada. Eu acho que outra mulher para atender, para lidar com isso, fica melhor. Eu acho assim, que a mulher se coloca mais no lugar da outra (...). Então eu acho que a mulher talvez tenha um jogo de cintura melhor, uma sensibilidade pra lidar com esse problema, por ser mulher também. (Virgínia, 36 anos, casada, Embriologista).

Eu acho que a gente consegue lidar melhor com as pacientes, os homens não têm muita paciência para isso, principalmente quando as pacientes tomam hormônio: elas às vezes choram, aquelas coisas... Então eu acho que a gente se entende mais com as pacientes, entende o momento que elas estão passando, às vezes a gente se coloca no lugar delas também... (Aline, 29 anos, solteira, Embriologista).

Eu nunca atentei para isso. Isso aí eu..., aliás, eu me atentei há pouco tempo atrás numa reunião clínica que as meninas estavam falando exatamente: ‘É, só tem mulher’. É, mas não tem nada... é tudo o acaso. E... eu não sei... Eu acho que a mulher nesse ponto é muito mais sensível, né? E isso cativa mais a mulher do que propriamente o homem. O homem, eu, o que me cativou foi o lado biológico, de eu ver aquele evento natural e eu poder ver no microscópio... Já a mulher não. Isso aí também cativa, mas tem o lado emocional, o lado maternal, né, que envolve isso aí. (Estevão, 50 anos, casado, Médico).

Diante dessa questão, uma integrante da equipe enxerga os estereótipos de gênero como uma construção cultural, daí as mulheres estarem mais concentradas nas áreas de trabalho do cuidado com o outro. Ela sinaliza:

Eu acho que isso é uma coisa corriqueira. Assim, é muito mais comum ter mais enfermeira mulher do que enfermeiro homem, é mais comum mais secretária mulher do que homem, mais comum ter mais psicóloga mulher do que homem psicólogo. É comum e faz parte da nossa cultura ter mais enfermeira, mais secretária e mais psicóloga, porque faz parte de uma questão cultural. (Paula, 30 anos, solteira, Psicóloga).

Por outro lado, quatro entrevistadas mencionaram que uma equipe de trabalho composta majoritariamente por mulheres, sobretudo na área de reprodução humana, onde as profissionais transcendem as funções de cuidadoras representa uma conquista feminista:

Eu acho excelente a atuação feminina maciça aqui no serviço. Eu acho que a mulher realmente conquistou isso, esse espaço na esfera do trabalho, também graças ao Movimento Feminista. (Paula, 30 anos, Psicóloga).

Então eu também vejo assim: a mulher agora ela procura mais a área de trabalho, procura outros campos de trabalho também. A mulher está mais participativa, trabalhando mais também. (Aline, 29 anos, solteira, Embriologista).

Engraçado, eu nunca tinha pensado nisso [sobre ter mais mulheres na equipe]. Eu achava um negócio tão *normal*, tão *natural*... (Ri). Então eu acho que nós, mulheres, não estamos sendo desvalorizadas... (Letícia, 28 anos, solteira, Médica).<sup>258</sup>

As mulheres estão em todas as funções. Eu acho assim: é uma vitória, né? Eu acho maravilhoso porque mostra assim que... Eu nunca vivenciei nenhum tipo de problema em relação a essa diferença, a essa desigualdade do homem com a mulher, esse questionamento. Eu, particularmente, nunca vivi, nunca sofri. Mas diante disso tudo, do que a gente vê e conhece, que a gente vê na mídia ou vê com alguma outra pessoa próxima, eu me sinto assim: vitoriosa, entendeu? Porque eu não tenho limitação, aqui e em muitos outros lugares. Eu percebo isso também: existem muitos homens chefes de laboratório, mas na biologia, na embriologia, a grande maioria são mulheres. Na parte médica da Reprodução Assistida a gente vê nos Congressos, a grande maioria são homens. (Virgínia, 36 anos, casada, Embriologista).

Em relação à divisão sexual do trabalho na esfera da reprodução humana assistida, surge um aparente paradoxo de gênero: as mulheres concentram-se na área da Biologia e da Embriologia, um campo que exige trabalho minucioso, atenção, dedicação, repetição concisa de tarefas. Dessa forma, o trabalho de manipular a vida, controlar os gametas, prepará-los, vê-los crescer, é das mulheres. Elas manipulam o sagrado, a mágica e o mistério do início da vida, ainda que na reclusão de um laboratório, o que lhes confere algum poder. Contudo, o trabalho final de implantar o embrião na mulher, de acompanhar o desenvolvimento da nova vida no útero de outra mulher, de assistir o casal nos primórdios da formação de uma família pertence aos homens. Se as mulheres biólogas são as verdadeiras senhoras da vida, os homens especialistas em RA detém o poder final de dar luz a essa vida, trazê-la do laboratório para um mundo de “carne, osso, sangue”. Elas criam a vida e eles a fazem crescer, se desenvolver e desabrochar.

---

<sup>258</sup> Grifos da pessoa entrevistada.

No que tange aos tributos cobrados pela divisão sexual do trabalho também no mundo privado, duas entrevistadas problematizaram que o fato de a equipe ser composta por muitas mulheres acarreta vários desafios:

Então o que é a mulher trabalhando? A mulher tem seus filhos em casa, ela tem o marido, ela tem a sua vida em casa e ela tem a vida profissional, o seu trabalho que exige muito. Então ela tem que se dividir e se esforçar para não misturar isso tudo, dar contas de tudo, mas muitas vezes ela acaba misturando porque a vida pessoal e a vida profissional não são tão separadas assim. (Camila, 32 anos, casada, Enfermeira).

Eu acho que o que ainda pesa muito para a mulher no mercado de trabalho é conciliar marido, filhos e vida doméstica com o trabalho. Pra mim não é um desgaste porque eu sou solteira, não dou satisfações a ninguém e a vida segue, mas eu observo o movimento delas [das mulheres integrantes da clínica]. Muitas vezes tem reunião da equipe até 8, 9 horas da noite, tem procedimentos em feriados e finais de semana e nós temos que ficar aqui e o marido em casa, chateado e os filhos, né? As funcionárias tentam se organizar dentro do horário do trabalho, mas se houver necessidade de ficar depois do horário é sempre um transtorno. Aquelas que têm filhos ficam no telefone, monitorizando as atividades das crianças e da família que está em casa. (...). Eu acho reunião de equipe excelente, *mas* com relação às mulheres, principalmente que têm *família*, não é nem só quem tem filho, quem tem família é sempre um grande problema. Eu vejo que nós, mulheres, ganhamos o mundo, *mas* nós carregamos as outras duas esferas... E não há compreensão de nenhum gestor, não é só aqui não. Não há mesmo compreensão de nenhum gestor. (Paula, 30 anos, solteira, Psicóloga).<sup>259</sup>

### **4.3.1 Pensando com a equipe técnica do Centro de Infertilidade**

#### **4.3.1.1 Sobre os casais usuários do Serviço**

No que diz respeito às causas atuais mais prevalentes de infertilidade entre os casais que buscam o Centro de Infertilidade, as respostas de toda a equipe foram unívocas, o que pressupõe uma interessante interação profissional entre eles, com conhecimentos bem estabelecidos acerca da realidade com a qual trabalham. Assim é que todos os entrevistados (até mesmo a profissional do serviço social que atende os pacientes em ambiente hospitalar fora da clínica) colocaram a laqueadura tubária e o fator masculino como as causas preponderantes.

---

<sup>259</sup> Grifos da pessoa entrevistada.

Eu percebo que o problema maior é a cirurgia feita para não ter mais filhos. E às vezes muitas provocadas pelas mães. Normalmente é a mãe que leva para fazer a cirurgia; por exemplo, tinha outro município aqui que fazia a cirurgia, até em época de eleição. A pessoa ia, fazia, voltava e nem sabia. Nossa! Teve uma paciente aqui outro dia que até chorou! Então, muitas vezes a pessoa não tinha nem noção que estava sendo operada, e todas assim, com 3, 4 filhos... Aí a mãe no desespero levava e fazia e achava que aquilo era a solução. E hoje o efeito está aí. Mas o tempo passa, aquele casamento é desfeito e obviamente surge o desejo de ter outra família. E elas falam aqui: 'que arrependimento'! (Irene, 63 anos, casada, Assistente Social).

Atualmente eu estou vendo uma frequente causa de fator masculino e também muitas pacientes que fizeram laqueadura. Elas falam, né, que são operadas, casam de novo e querem ter filhos. É o que eu vejo mais. O fator masculino tem aumentado bastante, a meu ver. A principal explicação é a qualidade de vida: alimentação, estresse, cigarro, atividade física... Tanto o sedentarismo quanto a atividade física em excesso causam problemas. Então é mais a qualidade de vida mesmo e algumas profissões também são mais suscetíveis. (Aline, 29 anos, solteira, Embriologista).

Foi igualmente mencionado por três integrantes o adiamento da maternidade, mais com as pacientes do atendimento particular, como uma causa relevante de infertilidade entre mulheres mais velhas, as quais optaram pela estabilização profissional antes do projeto de se tornarem mães. Segundo duas informantes da equipe:

O particular tem outra característica que é deixar para ter o filho mais velhas. Uma escolha por causa do estudo, entendeu? Então a característica primária do particular é essa: o adiamento da maternidade por causa do lado profissional e de estudo, e por isso elas têm um poder aquisitivo maior. Essas pessoas deixaram para depois e agora não conseguem [engravidar]. Elas acham que quando 'acordarem' vão conseguir, vão ter tempo e que o dinheiro vai resolver e às vezes não resolve; você pode ter um milhão de reais. E quando elas descobrem isso é um choque. É um choque saber que o óvulo não funciona mais e que se elas optaram por deixar para depois isso também é responsabilidade delas. (Paula, 30 anos, solteira, Psicóloga).

No atendimento particular eu acho que o principal é realmente a mulher que adia a maternidade. Ela deixa para mais tarde de forma consciente, e ela acha que quando ela quiser ela vai conseguir. E há também a questão da vasectomia. Porque o homem já é um pouco mais esclarecido, já teve outro relacionamento e acabou fazendo uma vasectomia. Nessa classe social um pouco mais alta é mais comum. (Beatriz, 44 anos, casada, Médica).

É importante assinalar que os membros da equipe apresentaram diversas opiniões sobre as usuárias do serviço, como veremos a seguir.



Quatro entrevistados veem as mulheres que buscam o Centro de Infertilidade como pessoas que chegam tão desejosas de realizar o sonho de ter um filho, que muitas vezes não conseguem (ou não querem) enxergar os índices de insucesso das técnicas de RA, a despeito de todos os esforços da equipe. Elas chegam com o que eu interpretei como “pensamento mágico”:

Elas acham que é só fazer o procedimento e já ficou grávida. Elas acham que é um procedimento simples, que o resultado é ótimo, só que não é. E na consulta, a gente vai explicando, elas acabam percebendo que é difícil; elas entendem, mas só depois que você explica. Porque elas chegam assim, achando que vão ficar imediatamente grávidas. Existe muita pressão para a mulher ficar grávida. Em outro serviço que eu trabalho chegam meninas com 15, 16 anos e já falam: ‘Doutora, eu não consigo engravidar’. Eu falo: ‘Gente, mas você é casada?’ E elas dizem que sim e querem muito engravidar. Então, elas têm um padrão assim: elas casam com 16, 17 anos e já logo querem ter filhos, quando chegam com 17, 18 anos sem ter filho elas já acham que têm problema, já querem investigar o que pode ser. (Letícia, 28 anos, solteira, Médica).

É interessante atentarmos que a profissional adota uma postura ética ao estabelecer para as pacientes as dificuldades existentes nos procedimentos e ainda os índices de insucesso das tecnologias reprodutivas conceptivas. Aliás, essa postura foi por mim percebida como uma constante entre os integrantes da equipe: explicitam-se os índices de sucesso de forma realista, mas sem olvidar das taxas não exitosas.

Elas criam uma expectativa muito alta e isso é o que a gente como equipe tenta trabalhar. Elas acham que vão chegar aqui, vão fazer o tratamento e vão sair grávidas. E a gente não tem essa matemática, né? E elas têm em mente outra questão: ‘Eu vou sair daqui grávida e de gêmeos!’ Então tem muito mito em torno da fertilização e durante as consultas a gente vai tentando esclarecer, para depois não ficar aquela sensação de engano. (Beatriz, 44 anos, casada, Médica).

Perceberemos pela fala abaixo que o “pensamento mágico” transcende o mero desejo de ter um filho na medida em que ele está associado também à desinformação a respeito das tecnologias de reprodução assistida:

Na parte do serviço público as mulheres chegam aqui é... por falta de conhecimento, chegam muito... como eu vou explicar? Elas são extremamente leigas na situação, nunca ouviram falar. Elas sabem que aqui

vão fazer bebê de proveta, mas aí não sabe mais nada. Então a gente tem que explicar passo a passo para que não fique nenhuma dúvida, porque a dúvida gera incerteza e desconfiança e isso acaba por prejudicar o nosso trabalho. Então a grande maioria das pacientes chega achando que aqui é uma fábrica de fazer bebê e na fertilização *in vitro* sai com o bebê num vidro – tampinha azul e tampinha rosa. (Virgínia, 36 anos, casada, Embriologista).

Outros entrevistados da equipe relataram que as usuárias do serviço chegam com uma mistura de sentimentos, que embora não muito bem definidos, são mesclados pela desinformação sobre os processos tecnológicos ou eventualmente, sobre informações errôneas. Fica patente nas falas abaixo a percepção da fragilidade feminina diante do não cumprimento do seu papel social:

A paciente de infertilidade é uma paciente diferente, né? Geralmente quando chegam aqui elas já têm uma história do caminho percorrido; ela já tentou, de outras formas, seja no consultório, seja em outro serviço e não conseguiu [engravidar]. Então já é uma paciente emocionalmente debilitada, emocionalmente ansiosa, cheia de paradigmas que muitas vezes não são verdadeiros e a gente tem que desmistificar. Às vezes são bem informadas, mas frequentemente mal informadas por causa da internet. Elas ficam lendo coisas que não condizem com o real. Então são pacientes assim... Frágeis. Emocionalmente frágeis. (Estevão, 50 anos, casado, Médico).

Eu percebo uma angústia, um sofrimento pelo sonho frustrado de não ter filhos, principalmente as que nunca tiveram filhos. Elas são pacientes tristes, contidas, são um pouco mais melindrosas e a gente sempre tem que falar com mais cuidado. Então desde o começo eu já preparo, eu já converso com a paciente para o negativo. Porque a gente trabalha com uma margem de porcentagem de sucesso de 30%, então eu já vou preparando para que ela não se frustre diante de um resultado negativo. (Camila, 32 anos, casada, Enfermeira).

Então, no geral eu vejo assim: que todas vivem na mesma situação. Aquele sonho de ser mãe, junto com uma revolta de não conseguir. Então eu percebo essa mistura de sentimentos, junto com aquela esperança de a gente solucionar o problema. (Virgínia, 36 anos, casada, Embriologista).

Pelas falas acima, percebe-se que muitos profissionais apresentam uma visão estereotipada das mulheres inférteis: tristes, angustiadas, frustradas, melindradas, em um reforço desses mesmos estereótipos de gênero que vinculam as construções de feminilidade à função precípua da maternidade. A visão dos profissionais não foi de modo algum concordante com as impressões que eu tive: não obstante os sentimentos de frustração diante de não terem filhos ou diante das tentativas sem sucesso, as mulheres do CIN-NF mostraram-

se na contramão das representações de pacientes frágeis – eu as vi como guerreiras, fortes, corajosas na busca da realização do seu ideal. Isso foi percebido até mesmo na minha abordagem inicial a elas, pois que elas decidiam se o casal iria ou não participar da presente pesquisa.

Três pessoas da equipe relataram perceber nas mulheres inférteis a supremacia de um desejo e de uma necessidade de agradar ao parceiro, mais visível nas pacientes que estão em segundas uniões conjugais, daí a sua busca pela RA.

São mulheres que estão a algum tempo tentando engravidar ou por ter algum problema mesmo ou às vezes não tem problema nenhum, como essas pacientes da laqueadura que buscam um sonho: ou o próprio sonho, ou o sonho do casal ou até atender o sonho do parceiro. Assim, apesar de elas já terem filhos, elas querem realizar o sonho do companheiro. (Aline, 29 anos, solteira, Embriologista).

Normalmente o desejo delas de engravidar de novo é pela manutenção do segundo casamento. Não é por elas, porque já são realizadas como mães; já tem o efeito emocional de carregar o filho, muitas vezes sozinha, né? Mas como se uniu a alguém e esse alguém ainda deseja, para formar vínculo com a família e tal... E muitas vezes são homens que não tiveram a oportunidade ainda de ter filho, daí o esforço delas. Eu sinto isso. (Irene, 63 anos, casada, Assistente Social).

Uma profissional da equipe vê as mulheres que buscam a RA como figuras solitárias na construção do projeto parental, o que em contrapartida confere a noção de ausência dos parceiros. Como ela mesma diz:

A gente atende muitos casais aqui no Serviço, mas eu vejo as mulheres muito sozinhas nesse projeto de ter filhos. Poucos são os maridos ainda, *ainda*, infelizmente, poucos são os maridos que acompanham a parceira, entendeu? Poucos são os que se envolvem. A maioria, acredito que por medo, deixa elas sozinhas. O peso para a mulher desse tratamento é muito grande. Mesmo quando o problema *físico* é com ele, a responsabilidade do tratamento é toda dela. Até tem alguns maridos que se envolvem, mas a maior parte das mulheres que vem, elas sentem o peso, o desejo de ter filho e desse tratamento todo sobre ela. (Paula, 30 anos, solteira, Psicóloga).

O viés de gênero está explícito pela responsabilização feminina no tocante à reprodução e conseqüente formação da família consanguínea.

Os homens que chegam ao Centro de Infertilidade sob a ótica da equipe, analogamente às opiniões e visões sobre as mulheres que buscam o serviço, suscitou uma variedade de falas, que são transcritas abaixo.

O depoimento de alguns integrantes da equipe é exemplar no sentido de classificar os parceiros do Centro de Infertilidade como envergonhados e tímidos:

A maioria dos homens que vêm à consulta é porque eles já sabem no fundo, que o problema é deles. Então eles chegam bem... não sei se é envergonhados, cabisbaixos, não sei. Eles quase não falam na consulta, quase não falam. E quando a gente fala que o fator é masculino, aí surgem algumas perguntas: ‘ Não tem como fazer alguma coisa, tomar um remédio?’, ‘ Mas o problema é esse mesmo?’ Mas no geral eles quase não falam nada. (Letícia, 28 anos, solteira, Médica).

O homem encara o tratamento de uma forma mais fria, ele não transparece nada. Ele segura, mesmo que o problema seja com ele. Por quê? Cultura Latina. É sempre a mulher que fala na consulta e quando eles vêm eu pergunto: ‘O senhor já fez exame?’ ‘ Não fiz não, nós estamos fazendo o dela’... Para os homens, o problema é sempre da mulher, a mulher é que é culpada, isso é cultural, é do machismo. (Estevão, 50 anos, casado, Médico).

Então... Eles são mais tímidos, mais calados, poucos fazem perguntas, eles são mais introspectivos, ficam mais na deles. Eu acho que o comportamento deles é essa coisa de preconceito da sociedade, aquela coisa de falar assim: ‘ Ah, fulano não pode ter filho’, tem aquela coisa de piadinha, então eles preferem ficar na deles. (Aline, 29 anos, solteira, Embriologista).

Muitas vezes eles nem vem com elas [as companheiras], mas quando vêm eles ficam com vergonha, um pouco sem jeito, achando que a gente vai falar alguma coisa deles. Então a gente trata normalmente para tentar ajudar. (Marta, 45 anos, casada, Técnica em Enfermagem).

Poucos homens buscam o serviço, né? Sempre vem a mulher primeiro, mesmo que o problema seja dele, entendeu? Eles são sempre muito calados, não deixam transparecer nada, mesmo quando eles precisam de uma doação de sêmen. Eles não falam. Acredito que é machismo mesmo, né? E vergonha também. Então são poucos os que têm a liberdade de falar, quem fala é a mulher. Ele pode até estar do lado, mas é figura acessória. (Virgínia, 36 anos, casada, Embriologista).

A interpretação das falas acima nos remete às construções socioculturais do masculino vinculadas à virilidade; assim, o homem que não pode ter filhos é encarado como inferior e “menos homem”, o que repercute no seu comportamento: uma mescla de timidez, vergonha e ocultação social da sua condição de infertilidade. Neste sentido, Rosely Gomes Costa faz referência às representações de gênero acerca da esterilidade e do desejo de filhos. Na

perspectiva da autora, em relação aos homens, sexualidade e reprodução estão intrinsecamente associadas, de modo que a excitação sexual e o orgasmo são considerados necessários para a participação reprodutiva masculina e irrelevantes para a reprodução feminina. Assim, pode-se compreender a esterilidade masculina como associada à impotência sexual e uma ameaça à virilidade, sem contraponto para as mulheres, onde não existe tal associação.<sup>260</sup>

Os homens que chegam ao Centro são percebidos como ausentes por duas informantes da equipe, como veremos a seguir. A ausência masculina também poderia ser codificada como uma resistência a aceitar e expor socialmente uma falha biológica (sua ou mesmo da companheira):

Olha, tem marido que nunca aparece. Tem marido que eu só vou conhecer no dia da punção [folicular]. Tem alguns que participam, que vem com elas, mas a maioria não participa muito, só comparece aqui no dia de colher o material (o sêmen). E assim mesmo vem no dia muito travados. Eu vejo um pudor desses homens muito grande. Eu acho que a frustração de já não ter sido pai, de não ter um esperma bom se o fator for masculino, tudo isso acaba frustrando muito esses homens. Eles têm vergonha de entrar aqui, com medo de se tiver outros homens, outras mulheres, apontarem o dedo e dizer assim: ‘Aquele ali... Aquele ali não faz filho’. Um exemplo assim é o que passa na cabeça deles. E se não faz filho é menos homem. (Camila, 32 anos, casada, Enfermeira).

Então... A maioria é ausente, a maioria vem obrigada, né? A maioria só faz os exames porque os médicos *obrigam*, é protocolo investigar o casal, porque senão nem isso faria. Então, a maioria não é parceiro da mulher. Claro que alguns são e aí os homens que são parceiros da mulher são extremamente sensíveis e são até muito mais ansiosos do que elas e são muito difíceis de lidar. Porque ele... A cultura não permite que o homem seja sensível, então, quando ele é [sensível], isso é um desastre, vamos colocar assim. (Paula, 30 anos, solteira, Psicóloga).

Duas pessoas da equipe percebem os homens que chegam ao serviço como um pouco resistentes no início, mas com as orientações necessárias eles superam suas limitações físicas e emocionais e se lançam ao “tratamento” com bastante afinco. A descoberta da infertilidade para esses homens, apesar de dolorosa, torna-se um trampolim para a mudança de atitude e superação da sua condição. Com esta mesma intenção, solidarizam-se e tornam-se apoiadores das suas parceiras.

---

<sup>260</sup> COSTA, Rosely Gomes. Sonho do passado *versus* plano para o futuro: gênero e representações acerca da esterilidade e do desejo por filhos. *Cadernos Pagu*, nº17-18, p.105-130 (p.120), 2002.

Na verdade eu observo muito que tem dois tipos de homens: aqueles que estão com elas pra tudo, para o que der e vier e aqueles assim: 'Eu só estou aqui por sua causa'. Na primeira dificuldade que a gente coloca, a impressão que eu tenho é que ele quer 'pular fora'. Muitos são bem resistentes a entender que o problema é deles, mas a maioria, depois que eles entendem aquilo ali, a importância do que é o tratamento que tem que ser feito, eles aceitam bem. Passada a fase inicial, o choque, eles se conscientizam sobre o problema e passam a vir direitinho. Mas eu vejo que tudo que eles querem ouvir é que eles vão tomar um comprimidinho e vai melhorar tudo. (Beatriz, 44 anos, casada, Médica).

Eu acho que os homens, quando eles não têm filho nenhum, eles jogam a última cartada em cima, porque o desejo de ser pai é muito grande. Muito grande, tanto quanto o de a mulher ser mãe. Eu acho que essa atitude deles é a própria característica mesmo do macho reprodutivo (Ri). De ser reprodutor, mostrar que é viril, entende? Mostrar que ele tem vínculo, que ele é capaz de fazer um filho. Então a infertilidade masculina gera um conflito muito grande. Eu acho que para o homem é muito mais pesado até do que a mulher. Então por isso eles vêm, entendeu? Vêm, participam, fazem um esforço, muitas vezes falta o serviço... Ou vão trabalhar tarde, vêm e pedem atendimento... (Irene, 63 anos, casada, Assistente Social).

Foi exposto pela equipe o ônus que recai sobre os casais que chegam ao Centro de Infertilidade, porém a "penalização" social pela ausência de filhos é vivida de forma muito mais intensa pelas mulheres, pois que estão à margem do cumprimento da função que lhes é atribuída desde a noite dos tempos. Contudo, a mulher teria a capacidade de "socializar" o sofrimento, como é destacado abaixo:

A mulher, quando ela tem o problema dela [a infertilidade], ela se culpa muito porque a sociedade cobra muito dessa mulher ser mãe, mais do que o homem ser pai, muito mais. Isso é cultural também. Por exemplo, campanha [de publicidade] só passa mãe, não passa pai. Agora, tem uma coisa: a mulher acaba dando um jeito de lidar com essa dor dela de não conseguir ser mãe. Ela coloca isso como um movimento, fala com a mãe, fala com as amigas, cria um grupo no Facebook... Ela adquire uma força para lutar pelo que ela quer. Já o homem ele não conta para ninguém quando ele tem um problema [de infertilidade]. É cultural, ele tem que ser viril a todo custo. (Paula, 30 anos, solteira, Psicóloga).

O imperativo biológico da maternidade assume relevo misturado à construção social na declaração a seguir:

Toda a cobrança da maternidade é em cima da mulher: familiar, social, matrimonial, tudo em cima dela porque você é mulher, sabe melhor do que eu. Vocês funcionam mês a mês para ficar grávida. A mulher nasceu para

ficar grávida, o corpo é feito para isso. Tanto que a melhor fase para a mulher ficar grávida é de 18 a 25 anos, então a natureza já está dizendo como que as coisas são. Enfim, isso aí é o fundamento de tudo. É aquele negócio da mulher: a mulher tem o gene da maternidade. Ele vai acender, uma hora na vida ele vai acender. Pode acender mais tarde, quando tem que lançar mão das tecnologias e pode acender cedo demais, mas ele vai acender. Então é isso que move as mulheres. (Estevão, 50 anos, casado, Médico).

A pressão social pela maternidade por sua vez traz consequências que podem ser desastrosas:

Eu acho que elas se sentem menos capazes, menos mulheres. Até pelo fato de já estar tentando muito tempo, pelo fato de a sociedade já estar cobrando há muito tempo delas de serem mães. São mulheres às vezes casadas por muito tempo, são mulheres que já vêm de relacionamentos prolongados... Essa cobrança já pesa sobre elas há muito tempo. (Camila, 32 anos, casada, Enfermeira).

Não há associação entre fertilidade e sexualidade para as mulheres, uma vez que a gravidez independe da excitação sexual e/ou do orgasmo, diferentemente dos homens. Contudo, se não conseguir ter filhos não representa uma ameaça à sua sexualidade, coloca em questão a sua feminilidade, porque é um impeditivo do cumprimento da sua “vocação natural” feminina de ser mãe.<sup>261</sup>

#### **4.3.1.2 Sobre a família a partir da Reprodução Assistida**

Todos os entrevistados da equipe colocaram a família como extremamente importante para os indivíduos e para a sociedade, realçando a construção biológica da mesma. Apenas duas entrevistadas trouxeram à tona a família enquanto construção social, permeada pela solidariedade e pelo afeto e reconheceram a legitimidade deste arranjo.

Família eu acho que é um conjunto de pessoas que se entendem, que se dão bem que querem ajudar um ao outro. É saber que você pode contar com aquelas pessoas independente de qualquer coisa. Por exemplo, tem amigos que você considera irmão porque é tão ligado, tão próximo, você confia tanto, tem tanto esse afeto que independe do vínculo biológico. E tem gente da família que você não considera nem da família, você não tem afinidade; é da família e não tem nada a ver. Então para ser família não precisa de vínculo sanguíneo. (Letícia, 28 anos, solteira, Médica).

---

<sup>261</sup> COSTA, Rosely Gomes. Op. cit., p.120.

Família para mim é uma série de coisas. Não tem a ver com laços sanguíneos, não tem a ver com quem mora dentro do mesmo teto... Às vezes a pessoa escolhe para a família um amigo, uma amiga, isso acontece muito. Mas a família é algo de *extrema* relevância na constituição de um indivíduo. (Paula, 30 anos, solteira, Psicóloga).

Problematizei com a equipe a forma como eles entendiam as famílias surgidas a partir da reprodução assistida, e que possibilitou a formação de “novos” arranjos sociais (mãe genética, pai social, mãe gestacional,...) a partir das trocas biológicas. Surpreendentemente, eles não enxergaram como “novos” arranjos familiares e colocaram como muito positiva as possibilidades oferecidas pelas tecnologias reprodutivas conceptivas.

O imperativo da família biológica ficou patente a partir dos depoimentos a seguir:

Eu acho assim: que a doação de espermatozoide e a doação de óvulo, elas são um recurso... Eu vejo como a adoção de um material genético. A gente não está mudando a forma da família. Não está. Você não mudou a estrutura dela. Ela vai continuar sendo o pai, a mãe, o filho, entendeu? Então para mim é mesma coisa de você adotar. Então eu vejo assim. Eu enxergo a doação de óvulos e a doação de sêmen como uma adoção. E a família não muda, não deixa de existir por causa disso. (Virgínia, 36 anos, casada, Embriologista).

Por que ‘novas famílias’? Porque aí dentro está embutido um conceito pessoal. Porque se você for analisar friamente, se você for analisar a biologia, o feto é um parasita. E ele não quer saber quem é a mãe genética e quem não é. O que ele faz? Quando ele encosta-se ao útero, ele faz tudo para sugar desse ambiente para sobreviver, independente de quem seja a dona do útero. Quando tem um acidente automobilístico, morre primeiro a mãe para depois morrer o feto (...). Se você enxerga isso do ponto de vista biológico não tem problema nenhum. É assim que funciona a vida. Então eu não vejo como nova [configuração familiar] não. (Estevão, 50 anos, casado, Médico).

Algumas pessoas expuseram que as tecnologias de reprodução assistida permitiram a casais homossexuais terem seus filhos biológicos e acenam favoravelmente a essa questão, encarada como uma liberdade de escolha e um direito procriativo:

Família são aquelas pessoas que estão juntas para o que der e vier. Se elas resolveram ser daquele jeito, se a família que elas identificam é aquilo ali, eu acho que não tem problema. A lei permite, então a pessoa tem o direito de engravidar, de ter filhos, Se são duas mulheres, uma vai engravidar, mas com o sêmen de doador. Se forem dois homens vão fazer útero de substituição... Se eles tiverem estrutura, se eles quiserem, eu não tenho preconceito não, porque ué... é família! (Letícia, 28 anos, solteira, Médica).



Tem aquela coisa que hoje em dia a gente tem uma família de dois pais, duas mães, né? Então eu acho que se é para você estar realizando o sonho de uma pessoa de construir a família dela, a base dela... Se a gente pode auxiliar nisso por que não ajudar? (Aline, 29 anos, solteira, Embriologista).

A família construída a partir dos arranjos sociais e também biológicos é lembrada por Beatriz:

Quando eu digo família, quando eu digo filho, eu não estou dizendo apenas filho biológico. Eu estou falando do filho que está ali naquele meio. Pode ser adotado, pode ser do casamento de um homem que casou com uma mulher sem filhos e ela assumiu aquilo tudo... Pode ser o filho que ela tem o dela, ele tem o dele, eles se uniram e virou filho de todo mundo, pode ser um óvulo doado, um espermatozoide doado, pode ser inclusive um embrião doado. Então a gente tem vários tipos de família e o filho só vem a acrescentar ali naquele lar. (Beatriz, 44 anos, Médica).

Não obstante a multiplicidade de opiniões, o modelo de família nuclear heterossexual (o pai, a mãe, a criança) é destacado por duas pessoas da equipe técnica que enxergam com ressalvas a família gerada pela chamada produção independente: prescindir da presença do pai pode gerar consequências emocionais significativas para a criança. Os depoimentos abaixo são ilustrativos:

Eu acho um pouco preocupante [a produção independente] pela questão do pai, né? O que essa criança vai pensar no futuro? De onde vem o meu pai? Quem é meu pai? Eu acho que o conflito psicológico gerado na cabeça da criança, se não for muito bem trabalhado... Eu acho que a criança que vem assim, de uma produção independente, ela precisa de um psicólogo desde muito cedo, para isso ser trabalhado. Se a figura paterna, a de um homem, não for dada a alguma pessoa, vai fazer muita falta para ela no futuro. (Camila, 32 anos, casada, Enfermeira).

Antes de eu ser mãe, *antes de eu ser mãe*, eu achava assim, que poderia [a produção independente], entendeu? Que poderia, que... Eu não via diferença. Hoje, *depois de ser mãe*, eu vejo que tem uma diferença muito grande. Eu consigo ver até... Por exemplo, eu sou filha de pais separados. Então, a falta que a presença do meu pai fez na minha vida, eu sofro consequências, se eu deixar levar, até hoje, entendeu? Então hoje eu vejo a importância de um casal, né, daquela família ali mesmo... (Virgínia, 36 anos, casada, Embriologista).

De forma similar, em relação às opiniões dos profissionais ligados à reprodução assistida e entrevistados por Naara Luna, mais da metade da sua amostra era composta por

opiniões contrárias à inseminação entre mulheres solteiras. Os argumentos contrários eram calcados no modelo de família de mãe, pai e filhos, na afirmação da norma heterossexual como legitimadora da reprodução e do lugar da família. A autora enfatiza que tais considerações baseiam-se nas representações de gênero distintivas do papel materno e paterno, pois a mulher que nega a relação com o pai e quer apenas o filho é taxada de “patológica” ou “egoísta” e incapaz de perceber as consequências para a criança.<sup>262</sup> Pelo exposto, fica patente nas falas elencadas o imbróglio entre o biológico e o social na construção das várias maternidades, paternidades e famílias permitidas pelas tecnologias reprodutivas conceptivas.

#### **4.3.1.3 Sobre sua atuação com os casais que buscam a Reprodução Assistida**

Trabalho aqui com duas questões que se interligaram no que se refere à visão e vivências da equipe multiprofissional sob dois aspectos: em relação às tecnologias e procedimentos de RHA e como a equipe se compreende no papel de co-autora da produção de um filho biológico para o casal infértil que busca o Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte-Fluminense.

Os aspectos avaliados como “o mais positivo na reprodução assistida” e como “o mais negativo ou indesejável na reprodução assistida” sobressaíram-se como diametralmente opostos por toda a equipe. Com efeito, o mais negativo é o não sucesso das tecnologias, o que se reflete na ausência do bebê, ao passo que o mais positivo é dado pelo êxito nos resultados. As palavras sonho, esperança, luz, Deus, foram evocadas e adquiriram uma dimensão ainda mais significativa por terem se correlacionado também à forma como a equipe se vê enquanto instrumental no processo reprodutivo assistido.

Os depoimentos a seguir atestam os significados elaborados pela equipe a partir do momento que o indesejável acontece, a não gravidez do casal, como o prenúncio do fato mais negativo na Reprodução Assistida:

Para mim o mais negativo é quando a gente não consegue realizar o sonho da paciente mesmo. Aí fica mais complicado. E às vezes você pensa assim: ‘Poxa, será que eu fiz alguma coisa errada?’ Apesar de a gente saber que a gente está sempre fazendo o nosso melhor, você fica pensando se você influenciou naquilo ali. E isso é um problema ainda maior porque a gente se

---

<sup>262</sup> LUNA, Naara. *Provetas e clones: uma antropologia...* p.128.

envolve, sabe? Você se coloca no lugar da paciente. Muitas vezes eu tenho paciente aqui que são mais novas que eu. E eu fico pensando assim: ‘ Ah, meu Deus. E se fosse comigo?’ (Aline, 29 anos, solteira, Embriologista).

O mais negativo... O mais negativo é quando dá o negativo, né? Quando o resultado não é o esperado, porque a gente também fica na expectativa, todo mundo fica. É uma coisa assim, a paciente já estava na esperança que ia ter um filho. E aí tem pacientes que vêm fazer o ultrassom, não vê o coraçõzinho batendo, então a gente não consegue nem ficar na recepção. Tem uns que ficam tão próximos da gente, que quando acontece uma coisa dessas a gente não consegue ficar bem. Desmonta. Desmonta a equipe. É uma coisa que mexe muito, que abala muito, principalmente para nós, mulheres. A gente sabe do sonho. A gente já tem [filhos] e sabe o desejo de ter. (Marta, 45 anos, casada, Técnica em Enfermagem).

Ah, o mais negativo é quando não dá certo, né? Pra gente é horrível. Quando não sai óvulo, você punciona, não sai óvulo nenhum também... E dos resultados negativos esse é o pior de todos porque você vai, faz o tratamento todo, quando chega não sai *um óvulo*. Meu Deus, não saiu óvulo *nenhum*. Ou quando faz tudo direitinho e não tem resultado, não engravida. Então são os resultados negativos mesmo. É uma frustração tanto para a paciente quanto pra gente. A gente sabe que é normal. Mas no fundo, no fundo, a gente quer que dê tudo certo, né?(Letícia, 28 anos, solteira, Médica).

Eu acho que como mais negativo são aquelas pessoas que realmente não estão preparadas para a reprodução; a maneira como elas vão encarar o negativo no futuro, entendeu? Por que para essas pessoas que não estão preparadas, o que pode acontecer depois é uma depressão, uma briga, ou a frustração de jogar a culpa em alguém... Eu acho isso o mais preocupante porque elas querem jogar a culpa em alguém: pode ser alguém da equipe, pode ser o seu parceiro, pode ser até o chefe do trabalho que dispensou ela naquele período. Então esse aí é um fator negativo: às vezes quando a paciente não está preparada para o negativo e ela quer culpar alguém na história dela que não deu certo. Ela não entende o processo como um processo da natureza, que depois que a gente coloca o embrião no útero dela é a natureza que decide. Então... independe do mecânico. (Camila, 32 anos, casada, Enfermeira).

Embora a equipe tenha consciência das possibilidades de falhas das técnicas e instrua os pacientes sobre 70% de possibilidade de insucesso, os liames entre a posição instrumental da equipe e as suas convicções e sentimentos pessoais diante dos insucessos, mesclam-se inevitavelmente com as frustrações das pacientes, como pudemos perceber nas falas acima.

A gravidez das pacientes e o nascimento do bebê foram destacados por toda a equipe como os fatos mais exitosos na reprodução assistida, sem olvidar da esperança, da realização

do desejo e do sonho do casal, da resolução do sofrimento por não ter filhos biológicos. Percebe-se também nas entrelinhas, o papel da equipe nessa empreitada.

A importância da equipe profissional no projeto e concretização do filho biológico encontra-se expressa a partir dos discursos de quatro informantes, na medida em que propiciar aos casais a aplicação das tecnologias de reprodução equivaleria a abrir um horizonte de esperança e aplacar o desejo dos casais por um filho:

Olha, o que eu percebo de mais positivo é isso: esse desejo todo e você poder participar com uma pequena parte e poder conseguir realizar esse desejo de uma forma pequena, mas importante dentro do processo, né? Você ver a felicidade das pessoas... Só quem sabe a dor de não ter filho é quem não pode. É, porque às vezes as pessoas não imaginam... E é um sofrimento que não pode dividir com ninguém. (Estevão, 50 anos, casado, Médico).

Ah, eu acho que é assim: é a luz no fim do túnel. É a *possibilidade*, é o horizonte que de repente se abre para eles. De certeza não, mas de possibilidade, né? Porque de repente eles chegam assim: 'Não vou ter, não vou ter', e de repente a gente consegue dizer pra eles que existe uma chance. E esse existir uma chance para quem quer muito uma coisa, é muito. É muito. E assim, da primeira consulta para a segunda a gente vê uma diferença enorme. Porque a primeira é aquela consulta de... com a pessoa cabisbaixa, a pessoa insegura, uma pessoa cheia de interrogações. Na segunda [consulta] ela já vem com os exames, já vem mais animada, já foi ler um pouco mais, já leu sobre o Centro, né, e isso é bacana. (Beatriz, 44 anos, casada, Médica).

Como mais positivo é a possibilidade de um casal que não pode ter filhos, ter uma possibilidade de ter filhos, né? Eu acho isso muito legal. É a possibilidade, é a esperança. Eu acho que a esperança, essa tentativa, eu acho muito legal. Independente do sucesso, eu acho que quando... Eles vêm tentando, né, quando é dada a possibilidade de conseguir por uma maneira diferente, eu acho isso muito válido. Eles se encorajam, eu acho que eles se preparam mais para a vida, eu acho que eles passam por mais uma etapa da vida juntos, entendeu? Independente do resultado, positivo ou negativo. É um alicerce, é uma prova para o casamento. (Camila, 32 anos, casada, Enfermeira).

O mais positivo é você dar oportunidade maior às pessoas de gravidez do que elas realmente possuem. Para a gente é você dar oportunidade a elas de, *pelo menos*, ter um pouco mais de chance. (Letícia, 28 anos, solteira, Médica).

Para outras pessoas da equipe ajudar os casais a realizar o sonho do filho biológico é classificado como o mais positivo da reprodução assistida. Isso é potencializado a partir da crença que os modernos recursos da ciência permitiram tais êxitos a pessoas antes

“condenadas” pela situação de infertilidade. As dificuldades de toda ordem pelas quais passam os casais antes da chegada ao serviço e durante os procedimentos foram lembradas pela equipe, não obstante os próprios usuários não as terem mencionado.

O mais positivo é a oportunidade que os casais têm de tentar realizar esse sonho, que é o que tem de mais bonito nisso tudo aí. É a tentativa deles de ser pai, de ser mãe, mesmo diante de todas as dificuldades. (Virgínia, 36 anos, casada, Embriologista).

Ah, o mais positivo é quando dá o resultado positivo. É um sonho realizado. Pra gente também acaba sendo um sonho realizado, porque forma um laço familiar. Às vezes a gente até tenta, não se aproximar muito, mas não tem jeito. E eles [os pacientes] mesmos acabam puxando a gente. E às vezes a gente fica até com pena porque a gente sabe da dificuldade. Dificuldade de estar aqui, de tudo. Eu já vim fazer medicação aqui às 10 horas da noite, porque a pessoa não tinha como vir, por causa de ônibus... Então a gente tenta ajudar o máximo que pode: ‘ Ah, eu não posso tal hora porque eu estou no trabalho e o meu chefe não pode saber. ’ ‘Então qual horário que você pode?’ ‘ Ah, eu só posso meio-dia. ’ ‘ Então você vem meio-dia. ’ Meio-dia é o meu horário de almoço, mas a gente faz tudo para facilitar a vida do paciente, tentar ajudar o máximo possível. (Marta, 45 anos, casada, Técnica em Enfermagem).

Eu acho que é a oportunidade de realização de sonhos. É a paciente ter a *oportunidade*, as técnicas de reprodução assistida, os tratamentos variados, é ter uma chance. Há 30 anos a mulher quando tinha uma trompa obstruída, ela não tinha chance. Ela não podia engravidar, ou ela adotava ou não tinha como. Agora, com a reprodução assistida ela pode. Ela pode tentar até a hora que ela quiser, e pode correr o risco de engravidar porque a gente está aqui pra isso. Há 30 anos não podia. Então eu acho que a reprodução assistida é uma *oportunidade* de realização de sonho. Do sonho da maternidade. (Paula, 30 anos, solteira, Psicóloga).

Como a equipe se percebe diante dos sucessos e fracassos que envolvem a reprodução assistida? Como ela efetivamente se vê no cumprimento da sua função na re-produção do filho “sangue do sangue”? É o que trago abaixo.

Na percepção de duas entrevistadas, trabalhar na área reprodutiva conceptiva é um privilégio, uma espécie de benesse com a qual se sentem agraciadas. Neste mesmo diapasão, enxergam-se como instrumentos de Deus no cumprimento de suas funções profissionais, a tal ponto que o êxito ou o fracasso nos ciclos são computados à esfera divina.

Aquilo que Deus me preparou, que me permitiu realizar aqui é nobre. O objetivo inicial é nobre, então eu me vejo assim como peça importante, não fundamental, porque são várias as peças. Eu me vejo, vejo a importância do meu trabalho, vejo a beleza dele, mas enxergo que eu sou um instrumento,

entendeu, no que Deus está fazendo ali. ELE está permitindo a minha participação, entendeu? Eu entendo assim: ELE permite que eu participe naquilo que é Dele. ELE deixa um pouco, né? Então eu acredito que tudo aquilo que acontece está movido por Deus. Eu acho que quando é para ser, quando Deus quer dar vida ali, naquele embrião, eu posso fazer errado, eu posso errar no procedimento, os médicos podem errar, a paciente pode errar, a enfermeira pode errar, pode ser o pior embrião do mundo e ele vai dar certo, entendeu? Então eu acho assim: o que é pra ser não adianta. Não tem médico, não tem remédio, não tem você, não tem nada, entendeu? Que vá modificar... (Virgínia, 36 anos, casada, Embriologista).

Eu me sinto privilegiada, eu acho que é uma coisa que Deus trouxe para eu desenvolver, e eu gosto de fazer. É um trabalho muito interessante e a equipe trata a todos com respeito, entendeu? Eu gosto do trabalho e desenvolvo com *satisfação*. (Irene, 63 anos, casada, Assistente Social). (Grifo da informante).

O depoimento de Virgínia, trazido acima, uma das integrantes da equipe técnica responsável pela manipulação de gametas e embriões, denota significativo conteúdo religioso. O sentido do seu trabalho é conferido por Deus, que personificado, a utiliza como o Seu instrumento e dá permissão para que ela manipule a origem da vida e, portanto, aquilo que é sagrado (“ELE permite que eu participe naquilo que é Dele”). Essa “licença” talvez seja capaz de minimizar, para ela, a possível sensação de transgressão de um preceito divino (Só Deus pode dar a vida e a tirar). Em outro ponto, Virgínia humildemente reconhece a sua falibilidade profissional e pessoal, pois enquanto um instrumento, ela e todos os demais componentes da equipe (e também os pacientes, de certa forma) estão sujeitos à essa Vontade suprema. Não obstante todos os cuidados e recursos científicos modernos utilizados na assistência à procriação, o resultado final independe da atuação humana – a mágica e o milagre da vida a partir do encontro de um óvulo e de um espermatozoide, só se concretizam e progridem a partir da permissão e porque não dizer, das bênçãos do Altíssimo.

Para duas integrantes da equipe, elas são peças de engrenagem em todo o processo, em uma clara alusão à importância da coesão entre os envolvidos. Há significativa preocupação com o cumprimento adequado do seu papel profissional em informar e apoiar os pacientes que chegam ao Serviço.

Eu me vejo como uma das peças da engrenagem para poder ajudar a paciente no objetivo dela de engravidar. Um depende do outro, aquela coisa: somos uma coluna. Se um cair, a coluna tomba para um lado. Então depende do outro para poder ter o equilíbrio. Algumas mulheres vêm para cá com um desejo tão grande, com uma vontade tão grande, que se agarra naqueles 30% [de chance] como se fosse 200%: acha que já vai sair daqui grávida, escolhe

nome, sai daqui já compra roupa, já quer programar a data que vai nascer... E tem outras que vêm assim, 'pé no chão'. É muito complicado. Tem paciente daqui que eu encontro na rua, ou que eu conheço no meu dia-a-dia que fala assim: 'Olha a sua filha aqui!' Outro dia chegou aqui uma paciente para produção independente que falou: ' Olha, na hora que meu filho perguntar quem é o pai, eu vou falar que é você'. (Ri). Então são várias coisas, né? (Aline, 29 anos, solteira, Embriologista).

O papel do Enfermeiro aqui é fundamental para encorajar a paciente durante todo o processo, durante todos os processos, o processo agora que eu venho pegando da medicação. Então, eu já venho preparando ela [paciente] para o processo final, que é o teste de gravidez e o resultado, né? Então eu acho que a minha conversa diária com elas é fundamental para essa ajuda. Paula [psicóloga] tem o papel dela, mas a enfermeira acaba sendo um pouco de psicóloga também, entendeu? Então eu acho que o meu papel aqui, como enfermeira que eu sou, é levar um pouco de alegria todo dia, ver como é que está a barra delas, conversar, tirar dúvidas... Porque elas chegam ainda para mim com muitos grilos, muitas coisas, e eu faço elas compreenderem um pouquinho do tratamento ali a cada dia. Elas se abrem comigo, colocam as dificuldades... (Camila, casada, 32 anos, Enfermeira).

A felicidade de ajudar as pessoas é colocada por dois depoentes:

Nossa, eu acho fantástico! Um dos motivos que me mantém aqui até hoje é exatamente esse: é poder ajudar essas pessoas que talvez não pudessem fazer esse procedimento nunca, a realizar um sonho deles. Então isso é fantástico, a parte do sonho. Então elas depositam na gente uma expectativa e poder participar disso é sensacional. A gente vive ali, a gente entra na vida daquele casal e muitas vezes até daquela família, porque às vezes vem a mãe, vem a sogra, vem a irmã... Cada um tem uma história para contar e isso cria um vínculo. (Beatriz, 44 anos, casada, Médica).

Hoje eu fico lógico, feliz, a satisfação de ver a coisa realizada é muito grande. Quando eu faço os exames aqui, o primeiro exame da gravidez, eu que faço, a gente fica muito feliz. Quando determina que a paciente esta grávida clinicamente nós encaminhamos para acompanhamento obstétrico em outro serviço. Mas a gente fica feliz e... No começo era champanhe, né? Aí hoje já está mais... Não é que você fique mais frio, mas você vai entendendo um pouco mais do processo e... Vai ficando um pouco mais racional. Já aprende a separar uma coisa da outra. (Estevão, 50 anos, casado, Médico).

Algumas pessoas da equipe, não obstante a satisfação em fazer parte do projeto de constituição de uma família para o casal que busca a Clínica referiu alguns sentimentos ambivalentes, ao demonstrar que o "filho a qualquer preço" também é custoso

emocionalmente para a equipe que lida com tantos desejos, anseios e frustrações inerentes a todo o processo.

Eu me sinto com muita responsabilidade. Ah, eu dou o máximo de mim e eu me sinto feliz quando eu vejo um sonho realizado. Se eu pudesse todo mundo saía daqui realizado (Sorri), mas não é o meu querer, né? (Marta, 45 anos, casada, Técnica em Enfermagem).

É muito interessante a fala dessa entrevistada nessa mesma questão, mais adiante. Ela foi a única pessoa da equipe que verbalizou a situação de infertilidade como não doença:

(...) É o que falo com as meninas, que eu não trabalho com doente, né, porque não tem ninguém doente. Todos são saudáveis. Doente entre aspas na situação deles. Eles se sentem doentes, agora a gente não trata ele como doente porque doente pra mim é paciente acamado; doente é o paciente ali no CTI. (Marta, 45 anos, casada, Técnica em Enfermagem).

A elaboração de lutos por parte dos profissionais que lidam com a vida humana no aspecto assistencial é um dos desafios cotidianos que todos enfrentamos. Apesar do treinamento “profissional” que recebemos, a carga emocional é imensa e os limites entre a aplicação das técnicas e dos cuidados profissionais com a individualidade-humanidade de cada paciente são frequentemente borrados e no mais das vezes acabam mesmo por desaparecer.

Então, com certeza, é um privilégio trabalhar com reprodução humana. É um privilégio porque eu *aprendo* (frisa) muito. Aprendo todo dia com os pacientes. Na minha profissão eu aprendo muito, aqui ou em outro lugar. Na minha profissão tudo o que o paciente me fala, as dores dele, os problemas dele, a forma de contar as estratégias, isso tem um impacto muito positivo na minha vida. Mas é claro que eu me sinto sugada e tem dia que eu chego a casa acabada, parece que passou um trator em cima de mim. Outro dia eu atendi um casal jovem que tinha acabado de saber pelo médico que ele não tinha espermatozoides. Eles entraram em choque, entraram na minha consulta e não conseguiam nem falar... Eu fiquei com muita pena, eu fiquei muito triste. Como é que está a cabeça desse homem que acabou de receber a notícia do médico que ele está com zero de espermatozoides? E ele ainda não tem um filho, então... Eu tive que me recuperar, por quê? Uma coisa que eu aprendi na minha profissão, não é perder a sensibilidade, mas é que a minha dor vem depois da dor do outro. E aí eu fui trabalhando com eles, conversando... (Paula, 30 anos, solteira, Psicóloga).



Cada profissional utiliza uma espécie de estratégia de autopreservação, como por exemplo, o humor, e isso também é mencionado pela mesma entrevistada acima:

Eu já entendi que o humor é uma estratégia tanto para acessar sentimentos mais difíceis, com pessoas que não têm dificuldade, como para aliviar um momento de tensão. Então eu uso muito o humor na terapia e no meu trabalho. (Paula, 30 anos, solteira, Psicóloga).

Outra profissional expõe como se vê enquanto integrante de todo o processo de “produção” do filho biológico, em que o papel do médico acaba por se fundir com uma função divinal:

Então, a gente tem que deixar a gente meio de lado e saber que em todos [os pacientes] a chance é pequena, mas a gente acaba... É o que eu falei, a gente acaba... Não é nem querendo se envolver, mas você... Pelo médico achar que ele tem que... tipo assim, *curar* a pessoa. Então o que é curar nesse caso? Você tem que dar o filho que ela quer. Quando dá o resultado negativo a gente fica frustrada também pelo resultado negativo porque a gente acaba querendo que ela tenha o filho. Mas assim... elas veem a gente como... Aquela pessoa que vai dar o bebê e a gente acaba *achando* que a gente *tem* que dar o bebê também pra elas, mas não é assim, entendeu? Então a gente tem que trabalhar tendo isso com a gente. Hoje eu fiz duas transferências [de embriões]. Eu já saí pensando: ‘Ah, meu Deus, tomara que engravide, tomara que consiga engravidar’. O que é que elas querem? Não é ter filho? Então tipo assim você *quer* fazer o seu papel de médico, ajudar a dar certo e fazendo alguma coisa para ajudar elas a realizar o sonho. Você *quer* fazer isso. (Letícia, 28 anos, Solteira, Médica). (Os grifos são da entrevistada).

A multiplicidade de respostas e opiniões foi constatada entre a equipe técnica, o que sói acontecer em situações que envolvem a lida com seres humanos em toda a sua complexidade. Cada profissional carrega dentro de si um conjunto de valores, opiniões, vivências e experiências que de modo algum são desvinculadas das suas práticas profissionais. Feita essa ressalva, procurei traçar núcleos de significados comuns nas suas respostas, utilizando como fio condutor as questões propostas pelo trabalho. As categorizações tornaram-se necessárias para nortear e dar clareza a tais questões, da mesma forma como veremos a seguir com os usuários (os casais) do serviço.

#### **4.4 Os casais do Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte Fluminense**

Em relação aos casais entrevistados, apresentarei duas grandes divisões: Inicialmente explicitarei uma breve caracterização e história dos mesmos. Optei por apresentá-los na ordem em que foram entrevistados. Em uma segunda parte alocarei as falas propriamente ditas em núcleos e subnúcleos de significados, com a concomitante análise das questões propostas.

##### **4.4.1. O Perfil dos Casais Entrevistados**

###### Casal 1 – CELESTE E AGENOR

Celeste é branca, tem 35 anos, católica praticante (vai a Igreja todos os domingos), é vendedora autônoma e possui a 4ª série do Ensino Fundamental I. Está em seu segundo relacionamento conjugal, pois enviuvou há cerca de quatro anos, sendo que possui um filho de 17 anos do relacionamento anterior, que reside com o casal. O outro filho, do primeiro relacionamento, faleceu aos nove meses de idade por complicações de alergia alimentar severa. Celeste conheceu Agenor, branco, 43 anos, católico praticante, possuidor de Ensino Fundamental incompleto (7ª série), repositor de estoque de supermercado (no momento desempregado), que também está no seu segundo relacionamento conjugal, por um chat de bate-papo na internet, pois até então ele residia em outro município. No momento o casal reside em São Sebastião, distrito de Campos. Agenor embora tenha convivido maritalmente por seis anos com outra parceira, não possui filhos. Celeste foi submetida à laqueadura tubária aos 20 anos de idade, por decisão própria, uma vez que não tinha um satisfatório relacionamento conjugal e desejava limitar a sua fecundidade. Celeste e Agenor estão casados há dois anos e há um ano começaram a buscar a Clínica de RHA, após ela ter sido encaminhada por ginecologista. Ambos relatam não “conhecer nada” sobre as técnicas de reprodução assistida antes de virem ao CIN-NF, e a partir de uma conversa de Celeste com a ginecologista, que acenou com a possibilidade de terem filhos, ambos decidiram procurar o Serviço.

###### Casal 2 - ANÁLIA E TALES

Anália tem 33 anos, é branca, evangélica praticante (vai aos cultos três vezes na semana), tem 3º grau completo com Pós- Graduação e é fisioterapeuta. Ela está casada com

Tales há 11 anos, branco, 34 anos, com 3º grau completo, administrador de empresas, mas trabalhando no momento como consultor de negócios. Este é o primeiro relacionamento conjugal de ambos e não possuem filhos. Tales também é evangélico praticante e o casal reside no Parque Santo Antônio em Campos, desde o casamento. Após a estabilização profissional, o casal decidiu tentar a gravidez naturalmente, mas decorridos cinco anos de insucesso resolveram procurar ajuda médica. Anália, após a realização de exames não conclusivos, decidiu, em comum acordo com o marido, procurar o CIN-NF. Há quatro anos (2011) o casal realizou a primeira fertilização in vitro, sem sucesso e nova tentativa foi realizada em 2015. A causa da infertilidade é devida ao fator masculino, mas ambos demonstram extrema dificuldade de falar sobre o assunto. A causa da infertilidade só foi a mim revelada quase no final da entrevista.

#### CASAL 3 – TERESA E EDMUNDO

Teresa, branca, 32 anos, curso Superior Completo (Licenciatura em Matemática), atualmente empregada como guarda municipal, é Adventista do Sétimo Dia e frequenta o templo semanalmente. Ela é casada com Edmundo, 28 anos, branco, possuidor do Ensino Médio Completo, que trabalha como técnico em enfermagem. Edmundo também é Adventista do Sétimo Dia, fato narrado com muita satisfação pela esposa ao destacar que eles se conheceram na Igreja. O casal reside na Pecuária, em Campos e estão casados há quatro anos e meio, não possuem filhos e é o primeiro casamento dos dois. Após tentarem a gravidez de forma natural, não obstante o conhecimento prévio de Teresa de ter “problemas de ovulação” (ciclos anovulatórios) desde a adolescência, o casal decidiu procurar o serviço de RA há dois anos, por sugestão e indicação de uma médica dermatologista que havia atendido Teresa. Entre o tempo de chegada a Clínica e o início dos procedimentos já se passaram 10 meses e esta é a primeira tentativa de FIV do casal, que durante a investigação clínica descobriu a conjugação do fator masculino (baixa contagem de espermatozoides), conforme contou Tales.

#### CASAL 4 – HELOÍSA E SAULO

Heloísa tem 32 anos, é branca, cursou o Ensino Médio Completo (Patologia Clínica), mas não trabalha na área. Atualmente é autônoma em negócio próprio com o marido, Saulo, com quem está casada há 12 anos e meio. Saulo é branco, tem 37 anos, possui o Ensino Fundamental Completo, e professa a mesma religião de Teresa: Adventista do Sétimo Dia.

Ambos participam ativamente do núcleo religioso a que pertencem e desenvolvem um trabalho voluntário com as crianças e jovens no bairro em que residem – Jockey Club – e onde está sediada a Igreja. Este é o primeiro relacionamento de ambos, não possuem filhos. Com um ano de casamento, eles perceberam a dificuldade de obtenção da gravidez e começaram a procurar ajuda médica. O casal conta, com alguma revolta, a peregrinação de quase 10 anos a diversos especialistas em busca da(s) causa(s) da infertilidade. Há três anos começaram a buscar a RHA, por encaminhamento do urologista de Saulo ao detectar como a causa da infertilidade o fator masculino. Esta é a segunda vez que o casal tenta a FIV (2015), pois a primeira tentativa foi em 2013. Saulo relata não ter conhecimentos prévios sobre a reprodução assistida: “Não conhecia nada mesmo” e Teresa, a partir da constatação da infertilidade do casal começou a pesquisar em livros e na internet sobre todo o processo.

#### CASAL 5 – LAVÍNIA E ALFREDO

Lavínia é branca, 28 anos, possui 3º grau completo (Licenciatura em História), trabalha no momento como técnica em radiologia. É católica não praticante, não tem filhos e está em seu primeiro relacionamento conjugal. Alfredo tem 29 anos, é branco, tem 3º grau incompleto, exerce a ocupação de assessor parlamentar na Câmara de Campos e não tem filhos. Ele e Lavínia residem no Parque Santo Amaro, em Campos. O casal iniciou o namoro ainda na adolescência e durante o período de noivado, há seis anos, Alfredo foi diagnosticado com tumor de testículo, e além da cirurgia passou também por diversas sessões de quimioterapia. Antes do início do tratamento do câncer, Alfredo, então com 22 anos, foi instruído pelo médico oncologista a congelar o sêmen, uma vez que “já sabia da possibilidade de não conseguir ter filhos naturalmente”, como explica Lavínia. A situação adversa, contudo, não impediu o enlace ente eles e o casamento tem dois anos e nove meses. A decisão de procurar uma consulta no Centro de Infertilidade partiu de Lavínia, devido a ela já conhecer o serviço por trabalhar na área de saúde e o casal está na segunda tentativa de Fertilização in vitro (2015). A primeira tentativa aconteceu há cerca de três meses.

#### CASAL 6 – SELMA E MOACIR

Selma tem 30 anos, é branca, tem o Ensino Fundamental Completo e trabalha como manicure e cabeleireira em salão próprio. É evangélica e frequenta a igreja assiduamente, cerca de três vezes na semana. Selma está no seu segundo relacionamento e não tem filhos.

Reside no Parque Guarus em Campos e está casada há três anos com Moacir, branco, 31 anos, evangélico assíduo, que também não tem filhos e está no segundo relacionamento conjugal. Moacir tem o Ensino Técnico em Meio Ambiente e trabalha na área, dividindo o seu local de moradia entre Rio das Ostras e Campos. Selma conta que chegou a ficar grávida naturalmente durante o seu primeiro casamento, mas sofreu um aborto espontâneo, há 10 anos. A primeira união chegou ao fim e durante o novo consórcio, com Moacir, cerca de nove meses após o casamento, ela se descobriu naturalmente grávida. A alegria do casal infelizmente foi efêmera, pois Selma teve uma gravidez tubária bilateral com infecção grave e rotura das trompas, o que a obrigou a uma salpingectomia bilateral (retirada cirúrgica de ambas as trompas). Após três meses da ocorrência e já sabendo que uma gestação espontânea seria impossível, o casal procurou a clínica de reprodução assistida, há dois anos. Esta é a primeira tentativa de FIV do casal.

#### CASAL 7 – INÊS E MAURÍLIO

Inês tem 37 anos, branca, ocupação do lar, apesar de possuir o Ensino Médio Completo, é evangélica (frequenta o templo uma vez na semana), está casada há 16 anos com Maurílio, com quem tem um filho de 11 anos. Maurílio é branco, tem 40 anos, possui também o Ensino Médio Completo e trabalha como motorista de táxi, reside com a família no Parque Alvorada, em Campos. O casal está no seu primeiro e único relacionamento até o momento e Maurílio declarou-se sem religião. Inês conta que no início do casamento o trabalho do casal era uma prioridade e ela utilizava anticoncepcional oral para controle da fecundidade. Com dois anos de casamento, o casal resolveu iniciar a constituição da prole, ela então parou o anticoncepcional, mas a gestação não ocorreu naturalmente. Após dois anos de tentativas, em que Inês foi ao ginecologista e recebeu indutores da ovulação, a gestação ocorreu e eles tiveram a criança que hoje tem 11 anos. Após esse episódio, Inês ficou grávida mais duas vezes, espontaneamente, porém ocorreram dois abortos espontâneos, que segundo ela “abalou muito o seu emocional”, também pelo fato de ter se submetido a uma curetagem por ocasião do último aborto. O casal submeteu-se a vários exames e a causa da infertilidade não foi determinada, estando englobada na categoria médica sem causa aparente. Há cinco anos Inês tenta uma gravidez espontânea e está há oito meses aguardando o início dos procedimentos de FIV. Ela veio ao Centro de Infertilidade por indicação da sua ginecologista e esta é a primeira tentativa de FIV do casal.

### CASAL 8 – ÁUREA E FLORIANO

Áurea é negra, tem 33 anos, possui o 3º grau completo (Pedagogia) e trabalha atualmente como assistente administrativo em uma empresa. Ela se denomina Católica praticante, frequentando a igreja todos os domingos. Áurea está no seu primeiro casamento e não tem filhos. Floriano é negro, tem 35 anos, é católico praticante (vai aos domingos à Igreja), tem Ensino Médio Completo e sua ocupação atual é instrutor de autoescola. Também não tem filhos e está no seu primeiro casamento. O casal que reside no Parque Jockey Club, em Campos, tem quatro anos de relacionamento conjugal e está há três anos e meio em busca da gravidez. Segundo o relato de Áurea, o casal já tinha um longo relacionamento de namoro e noivado, de quase 10 anos e logo após a oficialização da união, decidiram tentar a gravidez naturalmente. Como esta não acontecia, Áurea procurou inicialmente o ginecologista, onde foi submetida à investigação clínica e não foi encontrada a causa da infertilidade. Ela conta que, após muita resistência do marido, ele foi então encaminhado ao urologista, onde foi detectado o fator masculino como a causa da infertilidade. Áurea procurou então o Serviço de RA em Campos, onde aguardam há oito meses pela primeira tentativa de FIV.

### CASAL 9 – JUDITE E NÉLSON

Judite tem 32 anos, é negra, evangélica (Igreja Presbiteriana, que frequenta semanalmente), trabalha como empregada doméstica e está cursando o 2º ano do Ensino Médio. Ela está em seu terceiro relacionamento e tem dois filhos de 13 e 12 anos, dos relacionamentos anteriores, que residem com o casal no Parque Eldorado, em Campos. Néelson tem 27 anos, é negro, possui quatro anos de escolaridade e é ajudante de pedreiro. Ele é evangélico, este é o seu primeiro casamento e não tem filhos. O casal, que convive há oito anos, regulamentou juridicamente a união há sete anos. Judite relata que realizou a laqueadura tubária há nove anos, aconselhada pela mãe e pelas irmãs e tinha, na ocasião 23 anos de idade. Essa é a primeira tentativa de fertilização in vitro do casal e aguardam para iniciar o procedimento há 18 meses. O casal não conhecia nada sobre a fertilização in vitro e não sabiam ser possível ter filhos com a ajuda da ciência. Por intermédio e sugestão de uma moça frequentadora da Igreja, que havia se submetido à fertilização no Centro e teve um bebê, Judite procurou a Clínica.

#### CASAL 10 – MELINA E ODILON

Melina é branca, tem 44 anos, possui o 3º grau completo (Arquitetura e Urbanismo) com Pós- Graduação, trabalha na área e exerce também atividade docente superior. Ela é católica praticante (frequenta a Igreja todos os domingos), está no seu primeiro casamento com Odilon, branco, 35 anos, sem religião, com a mesma escolaridade e também arquiteto e professor universitário. O casal residente no bairro Pecuária, em Campos, não tem filhos e estão casados há seis anos e meio. Melina relata que se casou tarde (aos 37 anos), pelos padrões socialmente vigentes, pois primeiro desejava estabelecer-se profissionalmente e ainda “não tinha encontrado a pessoa certa.” Com dois anos de casamento, começaram a tentar a gravidez naturalmente e como esta não acontecia, procuraram ajuda médica. Na investigação foi detectada apenas baixa reserva ovariana por causa do fator idade feminina e após encaminhamento pela ginecologista, o casal está há quatro anos recorrendo à RA. Esta é a 4ª tentativa de FIV de Melina e Odilon (2015), que tiveram que ultrapassar ainda outra barreira: após a primeira tentativa frustrada de FIV, foi constatado que o sobrepeso de Melina poderia ter atrapalhado o êxito no procedimento, então ela submeteu-se a cirurgia bariátrica em 2013, por indicação médica.

#### CASAL 11 – CIBELE E IRINEU

Cibele tem 33 anos, branca, evangélica (Assembleia de Deus), possuidora de Ensino Médio completo, operadora de caixa de supermercado, atualmente está desempregada. Cibele é casada com Irineu, 34 anos, branco, com ensino médio completo (Tecnólogo em Comércio Varejista), evangélico (Assembleia de Deus), há quatro anos. Este é o segundo casamento de ambos e possuem filhos das uniões anteriores. Ela tem dois filhos do casamento anterior, de 16 e 13 anos, que residem com o casal e Irineu tem uma filha de sete anos que reside com a mãe em outra cidade. Cibele submeteu-se à laqueadura tubária aos 21 anos de idade, por decisão própria e esta é a segunda vez que o casal, residente no bairro Penha, em Campos, tenta a FIV, sendo que a primeira tentativa foi realizada em 2013. A decisão de procurar a reprodução assistida partiu de Cibele, após o encaminhamento da ginecologista e com a anuência de Irineu.

## CASAL 12 – LIANA E DÉCIO

Liana é branca, tem 27 anos, possui o Ensino Médio completo e trabalha como decoradora de festas. Ela, que é católica não praticante, está no seu primeiro casamento e não tem filhos. Décio é branco, tem 33 anos, católico não praticante, possui o 3º grau completo (Enfermagem) e trabalha na área. Este é também o primeiro casamento de Décio, que não tem filhos. Casados há seis anos, Liana e Décio, que residem na Penha, em Campos, ficaram tentando a gravidez naturalmente desde o terceiro ano de casamento. Com a dificuldade, procuraram um ginecologista, que após exames, detectou obstrução tubária (fator feminino) e encaminhou o casal para a realização da fertilização in vitro. Esta é primeira vez que procuram um Centro de RHA e aguardam há seis meses para a realização do procedimento.

Diante do exposto, tecerei algumas considerações. A média de idade das mulheres que buscaram o Centro para o “tratamento” de infertilidade esteve dentro da terceira década de vida (30 a 37 anos – 9 mulheres), sendo que apenas uma apresentava 44 anos e duas mulheres tinham respectivamente, 28 e 27 anos de idade. A questão da idade feminina foi demonstrativa de que elas chegam ao “tratamento” no período de decréscimo da sua capacidade reprodutiva. Entre os homens que chegaram ao CIN-NF dentro desta pesquisa, foi igualmente verificado um predomínio da 3ª década de vida (31-37 anos – 7 homens), dois homens tinham 40 e 43 anos de idade. Verificou-se um maior número de homens jovens (27-29 anos – 3 homens) em relação às mulheres. No que se refere à raça/etnia, a maior parte dos participantes era pertencente à etnia branca (10 mulheres e 10 homens) e não foi encontrado casal discordante quanto a esta variável. Em relação ao local de moradia, todos os casais deste estudo residiam no município de Campos dos Goytacazes. Apenas um homem relatou transitar entre dois municípios (Campos e Rio das Ostras, RJ), devido ao seu trabalho.

No que se refere à variável escolaridade, houve variação entre os gêneros, pois as mulheres mostraram mais anos de estudo em relação aos homens. Foi detectado neste estudo que dentre os 12 casais entrevistados, cinco mulheres possuíam o Ensino Superior Completo, duas inclusive com Pós Graduação e quatro mulheres tinham o Ensino Médio Completo, sendo que uma das mulheres ainda estava completando o Ensino Médio por ocasião da pesquisa. Apenas duas mulheres possuíam o ensino fundamental incompleto, o que reflete uma maior escolarização feminina ao longo do tempo. Em relação à escolaridade masculina, apenas três homens possuíam o Ensino Superior completo, ao passo que cinco deles tinham o Ensino Médio completo. Apenas um homem tinha o Ensino Superior incompleto, ao passo



que três homens tinham poucos anos de estudo (Ensino Fundamental incompleto). As profissões/ocupações mostraram-se bastante variáveis, desde pessoas com profissões com alta especialização e remuneração compatíveis, como arquitetos, fisioterapeuta, enfermeiro, pedagoga, até ocupações com baixa especialização e remuneração (empregada doméstica, ajudante de pedreiro, vendedora, manicure). Neste estudo, a escolaridade foi bastante relacionada à facilidade/dificuldade de entendimento das perguntas e situações propostas e compreensão e conhecimento acerca das técnicas de reprodução assistida.

Sobre o conhecimento prévio a respeito das técnicas de reprodução assistida, do total de 24 pessoas entrevistadas, apenas seis afirmaram conhecer e saber o que era a fertilização in vitro (quatro mulheres e dois homens), inclusive um dos entrevistados (Odilon, 35 anos, arquiteto e professor universitário) explicou a diferença entre as técnicas de inseminação artificial e fertilização in vitro, demonstrando certo conhecimento técnico que foge ao senso comum e correlacionado com o seu grau de escolaridade. Outros 10 entrevistados (cinco homens e cinco mulheres) afirmaram “não conhecer nada” sobre a fertilização in vitro, ao passo que seis pessoas (quatro homens e duas mulheres) disseram conhecer a reprodução assistida “apenas pela televisão” e muitos aludiram a artistas da mídia que recorreram à técnica, como Fátima Bernardes e Ana Hickmann. Um casal relatou conhecer a fertilização in vitro por meio de pessoas do seu círculo de convivência que tinham recorrido à técnica. Um fato interessante foi que seis mulheres que alegavam não ter conhecimento aprofundado sobre as técnicas, a partir do momento que foram encaminhadas para o Serviço começaram a estudar sobre o assunto, ora comprando livros e revistas, ora recorrendo à internet e passaram a informar também aos seus parceiros, o que demonstra o protagonismo feminino no processo de “tratamento” e não uma postura de passividade frente à tecnologia “imposta”. Os homens, por sua vez, admitiram ter obtido as informações a partir das reuniões que eram realizadas pela equipe do Centro e somente um entrevistado comentou ter buscado mais informações na internet sobre o “problema da sua esposa”. Não foi possível correlacionar a variável escolaridade com o conhecimento a respeito das técnicas, pois embora seja verdadeiro que entre as seis pessoas que conheciam a tecnologia previamente, quatro tenham elevada escolaridade (3º grau completo), dois entrevistados com curso superior completo alegaram desconhecimento total, bem como uma entrevistada que relatou “conhecer apenas pela televisão”. Entre as pessoas que afirmaram desconhecimento total tivemos a participação de três com nível fundamental de escolaridade.

Neste estudo, as causas de infertilidade foram preponderantemente devidas ao fator feminino (sete casais), seguido pelo fator masculino (quatro casais) e por um caso de infertilidade sem causa parente. Dentro do fator feminino, cinco casos foram por fator obstrutivo e aqui chama a atenção a realização de laqueadura tubária (três casos), que foi utilizada como método contraceptivo<sup>263</sup>. Então, na verdade, temos quatro mulheres que não eram inférteis, mas estavam inférteis (três por esterilização cirúrgica e uma por retirada das trompas por gestação ectópica). O chamado modelo de transição demográfica, representativo do declínio das taxas de mortalidade e de fecundidade, teve início nos países europeus a partir da segunda metade do século XIX e tornou-se significativo nos países do Sul, sobretudo no Brasil, no século subsequente, especialmente a partir da década de 1950. Neste contexto houve grande disseminação de medidas contraceptivas, utilizadas largamente de forma indiscriminada, como a utilização de anticoncepcionais orais e a esterilização feminina através da laqueadura tubária. Assim, nos últimos 30 anos, no Brasil, houve um aumento maior da laqueadura tubária, a ponto de torná-la ainda hoje, a prática contraceptiva mais utilizada. Atualmente, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) evidenciou a continuidade da alta prevalência dessa prática, embora tenha apresentado uma queda no decorrer de 10 anos (em 1996, 40,0% das mulheres com vida sexual ativa haviam realizado a cirurgia contra 29,0% das mulheres em 2006), dados que ainda mantém o Brasil como um dos países com as maiores taxas de esterilização do mundo.<sup>264</sup>

Nos últimos anos, o aumento marcante da prevalência da laqueadura tubária no país nos suscita a reflexão sobre como essa escolha tem sido realizada – trata-se de um método cirúrgico que vem sendo utilizado como recurso de controle da fecundidade, porém, muitas vezes no momento da decisão e opção por esse método, são desconsideradas as mudanças que podem ocasionar na vida das mulheres e dos casais no futuro. Para Molina, a alta incidência de laqueadura tubária no Brasil pode ser explicada por alguns fatores relativos ao próprio sistema de saúde, como a baixa qualidade dos serviços oferecidos nas unidades de saúde; a alta incidência de cesarianas; a dificuldade de acesso aos serviços de planejamento familiar; a falta de investimentos na aquisição ou produção de métodos não permanentes; e a não

---

<sup>263</sup> A laqueadura tubária consiste no bloqueio (pela oclusão com ligaduras) das trompas de Falópio, o que impossibilita a fertilização.

<sup>264</sup> Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS/2006. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/atividade\\_sexual.php](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/atividade_sexual.php). Acesso em 29/07/2015.

legalização do aborto.<sup>265</sup> Acresce-se a estes, a falta de informação e o desconhecimento por significativa parcela da população dos efeitos colaterais oriundos da laqueadura e mesmo o desconhecimento sobre a aplicabilidade de outros métodos anticoncepcionais, o que leva a uma baixa aderência à maior parte deles. Ressalta-se também, a ideologia corrente quanto às questões de gênero, que reafirma a noção do senso comum de que a contracepção é assunto e responsabilidade apenas das mulheres, o que contribui para a pequena adesão às opções contraceptivas masculinas, como a vasectomia. Adverte-nos Molina que, devido à alta prevalência da esterilidade feminina na população brasileira, já se percebem consideráveis impactos dessas práticas na saúde das mulheres, cuja maior consequência é a esterilidade definitiva<sup>266</sup>. O panorama atual revela a busca, por parte de mulheres e casais que recorreram a esse método como contracepção, da tentativa de reverter a técnica com o intuito de formar nova prole, o que só é possível pela cirurgia de reversão da laqueadura tubária ou pelas técnicas de reprodução assistida, como a fertilização in vitro, conforme vemos nesse estudo e também corroborado pelas falas da equipe técnica do serviço onde foi realizada a pesquisa. Quanto às causas de infertilidade, Allebrandt e Macedo relatam em sua pesquisa sobre o acesso às novas tecnologias reprodutivas conceptivas que a principal causa diagnosticada foi a feminina, cujos casais eram considerados inférteis por problemas de saúde das mulheres, consoante com os resultados do presente trabalho. Mereceu destaque também por parte das autoras, a questão da esterilização feminina como um importante motivo que levou muitas mulheres a buscar as técnicas de reprodução assistida. Como neste trabalho, as autoras colocam ser comum o encontro de mulheres que já possuem filhos de relacionamento anterior e diante de novo casamento desejam ter outros filhos, recorrendo assim às tecnologias reprodutivas conceptivas.<sup>267</sup>

---

<sup>265</sup> MOLINA, Aurelio. Laqueadura tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p.134.

<sup>266</sup> Ibidem, p.135.

<sup>267</sup> ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana Lopes de. Caminhos percorridos: o acesso as NTRC e suas implicações. In: ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana Lopes de (Org.). *Fabricando a vida: implicações éticas culturais e sociais sobre o uso de novas tecnologias reprodutivas*. Porto Alegre: Metrópole, 2007, p.11-25. Outras pesquisadoras como Naara Luna (*Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007) e Rosana Machin Barbosa (Relações de gênero, infertilidade e novas tecnologias reprodutivas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.8, n.1, p.212-228, jan.2000) obtiveram as mesmas constatações sobre a laqueadura tubária como fator de procura pela reprodução assistida.

No que diz respeito à religião, seis casais declararam ser evangélicos, com comparecimento regular e assíduo ao templo. Algumas denominações foram Assembleia de Deus e Adventista do Sétimo Dia. Quatro casais declararam ser Católicos (dois casais praticantes, com comparecimento assíduo e dois casais não praticantes). Duas mulheres disseram seguir a religião Católica, ao passo que os seus companheiros declararam-se “sem religião”. Outras denominações religiosas não foram mencionadas. A variável religião foi significativa no que tange aos próprios discursos, vivências e práticas das (os) entrevistadas (os), em interface com as técnicas reprodutivas e outras questões, como veremos a seguir em outras partes da pesquisa.

No quesito conjugalidade, a maior parte dos casais estava na primeira união (oito casais), ao passo que três casais encontravam-se ambos em seu segundo relacionamento. Apenas em um casal a mulher estava no terceiro relacionamento e o parceiro no seu primeiro relacionamento. O tempo de casamento variou bastante, em média de 3 a 7 anos. Três casais tinham longo tempo de convivência conjugal: 16, 12 e 11 anos e apenas um casal tinha dois anos de casamento. Em relação ao tempo em que os casais buscam a realização do filho biológico, houve variação de 10 anos até um ano. Assim, Inês e Maurílio, com 16 anos de casamento tentam uma nova gravidez há cinco anos, ao passo que Heloísa e Saulo, com 12 anos de casamento tentam o filho biológico há 10 anos. Celeste e Agenor que têm apenas dois anos de casamento tentam a gravidez há um ano. O período de espera para a realização do procedimento de fertilização variou de 14 meses a seis meses, de acordo com a complexidade da situação clínica e com a conseqüente realização dos exames. Em relação à existência de filhos anteriores, oito casais não tinham filhos, inclusive de relacionamentos prévios. A pesquisa revelou ainda, dois casais em que ambos os cônjuges já possuíam filhos (Cibele e Irineu tinham filhos de outros relacionamentos e Inês e Maurílio tinham um filho juntos). Em dois casais apenas as mulheres tinham filhos de relacionamentos anteriores (Celeste e Agenor/ Judite e Néelson).

No presente estudo, sete casais estavam na primeira tentativa de FIV, quatro casais estavam na segunda tentativa e apenas um casal estava recorrendo à técnica pela quarta vez. Sobre a forma como chegaram ao Centro de Infertilidade, seis casais foram encaminhados por ginecologistas (todos com fator feminino como causa de infertilidade), dois casais foram encaminhados por urologistas (ambos com fator masculino como causa da infertilidade), três

casais chegaram ao serviço por demanda espontânea, ao passo que apenas um casal veio encaminhado por outra especialidade médica, a dermatologia.

#### **4.4.2 As vozes dos casais do Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte Fluminense**

##### **4.4.2.1 O peso da infertilidade**

Na abordagem inicial aos entrevistados, após a identificação, eu solicitava que eles me contassem um pouco da sua trajetória, das razões pelas quais estavam recorrendo à reprodução assistida e das reações diante da descoberta da dificuldade de ter filhos. As narrativas variaram amplamente, desde aquelas pessoas que com respostas lacônicas evitavam aprofundar o assunto, o qual certamente lhes trazia sofrimento, até outros participantes que não hesitaram em detalhar a sua história, como numa espécie de desabafo.

Na categoria por mim denominada de “tornadas inférteis” há mulheres que realizaram a esterilização cirúrgica voluntária e tornaram-se inférteis, como relatam três informantes:

A gente não tinha pensado em ter filhos, nós casamos sem pensar em ter filhos porque ele sabia que eu era operada. Mas aí eu fiquei sabendo por uma ginecologista minha que tinha o tratamento aqui na Clínica e eu vim. Agora que eu casei de novo e esse meu marido não tem filhos, juntou a vontade dele com a minha; graças a Deus tem esse recurso pra gente fazer agora. O médico daqui falou que eu tenho várias chances porque eu já fui mãe. Então foi só o motivo por eu ter operado. Eu me precipitei e operei no segundo filho. Mas a minha vontade de ser mãe é... sempre foi... Eu tô correndo atrás, eu tô lutando pra isso. (Celeste, 35 anos, vendedora, tem um filho; casada com Agenor, 43 anos, repositor de estoque de supermercado, desempregado, sem filhos).

Nós viemos para a clínica porque eu sou operada desde os 23 anos e por eu ter casado novamente a gente queria um filho nosso. Eu fui fazer um preventivo e aí eu conversei com a médica, é... Se tinha alguma coisa que eu pudesse fazer pra eu conseguir engravidar e ela falou que tinha o Centro de Infertilidade no Álvaro Alvim e então eu procurei aqui. (Cibele, 33 anos, operadora de caixa desempregada, tem dois filhos; casada com Irineu, 34 anos, tecnólogo em gestão de comércio, tem uma filha).

É que eu sou operada. [Você retirou as trompas?] Hum, Hum. [Há quanto tempo você fez a cirurgia?] Ah, eu acho que já tem uns 7 ou 8 anos. Não, já tem uns 8 anos... (Judite, 32 anos, empregada doméstica, tem dois filhos; casada com Néilson, 27 anos, ajudante de pedreiro, sem filhos).

Observamos, nos casos elencados, que todas as mulheres haviam sido laqueadas muito jovens, com cerca de 20-25 anos, no período de maior fertilidade da vida reprodutiva e a busca pela reversão do procedimento ou mesmo, para a fertilização in vitro ocorreu na fase do declínio do potencial reprodutivo. Vários estudos evidenciam que a idade é a variável mais correlacionada com a prevalência da laqueadura tubária e o conseqüente arrependimento, pois quanto menor a idade em que a mulher se submete à laqueadura, maiores são as possibilidades de arrependimento<sup>268</sup>. Vieira observa que não se pode entender o arrependimento após a realização da esterilização cirúrgica isolado do contexto social e menciona que há outros fatores associados, tais como paridade; fatores sociais, como mortalidade infantil, índices de divórcio, qualidade dos serviços de planejamento familiar; e fatores pessoais, traduzidos por características individuais que influenciam o processo de decisão, como o número e o sexo dos filhos vivos e a qualidade da relação conjugal entre o casal.<sup>269</sup> A relação marital insatisfatória foi mencionada por Celeste como a razão para a laqueadura, encarada naquele momento decisório como uma possível solução para sua situação de vida. Judite relatou que foi pressionada pela mãe e pelas irmãs “a operar para não ter mais filhos” porque viviam em condições socioeconômicas difíceis e ela precisava da ajuda da família para criar os filhos, uma vez que os pais das crianças nunca “ajudaram em nada”, no sentido de provimento material e moral.

Há também a infertilidade por fator tubário involuntário. Sobre as razões que nortearam a busca do casal para a RHA, Selma diz:

Logo assim que eu casei, com meses de casada eu engravidei. Engravidei naturalmente sem tratamento e aí tive gravidez tubária na qual tive que retirar as minhas duas trompas. Aí a única opção de ter um filho hoje... é a fertilização. Logo de início assim que... eu saí do hospital, eu falei assim: ‘Eu quero o divórcio’. Assim que eu saí do centro cirúrgico eu ouvi pela conversa dos médicos que eu não podia ter filhos. Aí eu já saí... O meu primeiro pensamento no centro cirúrgico foi: ‘Eu vou me divorciar porque eu não quero carregar nas costas a culpa do Moacir não poder ter filho’. Porque na Igreja tinha um casal que não podia ter filho e antes de acontecer

---

<sup>268</sup> CUNHA, Antônio Carlos Rodrigues da; WANDERLEY, Miriam da Silva; GARRAFA, Volney. Fatores associados ao futuro reprodutivo de mulheres desejosas de gestação após ligadura tubária. *Rev. Bras. de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v.29, nº5, p.230-234, jan./mai. 2007. Cf. VIEIRA, Elisabeth Meloni. O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas. *Rev. Bras.de Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro, v.29, nº5, p.225-229, mai.2007.

<sup>269</sup> VIEIRA, Elisabeth Meloni. O arrependimento após a esterilização feminina. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14 (Supl.1): p.59-68, 1998, p.60-61.

isso comigo eu escutava: ‘Coitado de fulano, porque ela já tem filho e ele? E ele que não tem e ela é operada, não pode dar filho a ele?’ Então eu fiquei com aquilo na minha cabeça. Vão falar a mesma coisa: ‘Coitado do Moacir, por causa da mulher não pode ter filho’. Então eu tive esse pensamento. [Mesmo gostando dele, mesmo sendo feliz com ele? Eu pergunto]. Sim, eu queria abrir mão, entendeu? Mas então eu vi que isso não abalou ele, porque assim, a minha vida é muito eu e ele. Ao meu redor não importa muito o que diz, ainda mais quando é coisa pra me afetar e afetar a minha vida. Então, conforme a gente foi conversando a gente se resolveu e ele falou assim: ‘ Eu não casei com uma mulher pra ser reprodutora, eu casei com você porque eu te amo e porque eu convivo bem com você, então se eu quisesse uma mulher reprodutora, eu saía fazendo filho em todo mundo. Até então eu não tenho filho e eu nunca vou te cobrar por isso’. Então a gente ficou resolvido. (Selma, 30 anos, manicure e cabeleireira, sem filhos; casada com Moacir, 31 anos, técnico em meio ambiente, sem filhos).

Na fala de Selma fica patente que uma situação adversa e não prevista (a gestação ectópica com conseqüente infertilidade) não foi capaz de abalar a confiança e o relacionamento conjugal, ao contrário: foi o mote para a busca do casal pela RHA e é perceptível até mesmo uma maior união entre eles a partir dessa fatalidade.

Sob a denominação fator masculino, que configura a origem da infertilidade no homem, há quatro entrevistados inférteis, e é perceptível a dificuldade deles de falarem sobre a sua condição. Apenas dois homens relataram abertamente a procura do casal pela reprodução assistida, e a ausência de confissão pelos demais pode ser interpretada sob o viés de gênero como uma ameaça à sua própria virilidade. Uma psicóloga francesa durante o seu trabalho de atendimento aos casais com problemas de esterilidade ou de infertilidade, no Centro de Estudos e de Conservação de Óvulos e de Esperma (CECOS) em Toulouse, obteve significativas impressões. Ela percebeu que a busca dos casais pelas técnicas de reprodução assistida propiciadas pela medicina é realizada de forma muito secreta e de modo algum a família ou os amigos são informados. Ela acredita que o silêncio da sociedade em torno da infertilidade incita o homem a se calar sobre a sua dificuldade de procriar, a fim de se proteger dos eventuais comentários que podem surgir pelas pessoas do seu entorno. Confrontar-se com um problema de esterilidade ou de infertilidade é às vezes uma prova tão insuportável que muitos homens resistem e se recusam a buscar consultas médicas para a investigação.<sup>270</sup>

---

<sup>270</sup> HOPKER-AZEMAR, Françoise. De la difficulté des hommes à vivre les protocoles de l'aide médicale à la procréation. In: WALZER-LANG, Daniel; ZAUCHE-GAUDRON, Chantal (Org.). *Masculinités; état des lieux*. Toulouse: Editions Érès, 2011.

É interessante a colocação de Saulo sobre as razões que os fizeram buscar o serviço de RA. A fala fácil e bem humorada, ainda que corajosa ao admitir o seu “problema”, esconde frustração e impotência diante do inevitável:

É que... Eu tenho um problema de infertilidade... É... Ficou muito... A gente ficou sabendo agora há pouco tempo. A questão que foi muito mais além, foi uma questão genética minha... Ela não tem nada, o problema foi genético meu... Com o DNA, foi uma coisa bem, bem séria... Eu achava que a coisa era fácil de resolver, mas foi mais séria do que eu imaginava. E aí a gente... Desde... quando a gente casou, a gente tentamo ter um filho. A gente nunca conseguia. Depois de um tempo a gente começou a frequentar, e a fazer consulta com os médicos, passamos a ir a vários médicos... Muito médico bateu cabeça aí, com essa questão aí... Mas a gente achou um médico e conseguiu e ele viu o problema, conseguiu achar o problema... E viemos pra clínica aqui no Álvaro Alvim... E tamos aí. (Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos; casado com Heloísa, 32 anos, autônoma, sem filhos).

Embora Saulo tenha participado bastante durante a entrevista, inclusive sobre o seu “problema médico”, diante desta pergunta ele mostrou-se algo reticente, como se quisesse minimizar a causa da infertilidade, não culpando a esposa, mas colocando a questão como ‘um sério problema genético’, que, portanto, fugiria da sua alçada e da sua responsabilidade de resolução, qual um ‘defeito’ dado por Deus ou pela natureza. A longa peregrinação do casal por vários especialistas médicos para a descoberta da causa da infertilidade confere um tom de revolta contida contra o que ele entende como incompetência médica. É importante nos determos nesse aspecto relevante quanto à trajetória dos casais em busca do filho biológico: dois casais relataram esse longo caminho por outros especialistas médicos e realização de exames e procedimentos, sem definição do seu quadro clínico. Similarmente, como veremos no depoimento de Heloísa, esposa de Saulo, também são comuns investigações clínicas recorrentes sobre fatos já sabidos (“os médicos pedem os mesmos exames”), bem como a realização de procedimentos que não serão capazes de apresentar resultados positivos.

Heloísa por sua vez demonstra conformação diante da situação, o que não a impede de lutar, mas é visível o sofrimento em suas palavras:

Assim que eu casei, com um ano, já foi detectado um problema que eu não conseguia engravidar, desde o começo. [Eu pergunto se ela utilizava algum método anticoncepcional]. Não, eu nunca usei método nenhum para evitar, até porque eu me sentia mal. Tentei usar umas duas vezes anticoncepcional, mas eu me sentia mal. Aí decidimos parar porque já que a gente tava casado



mesmo... Então a gente já tinha vontade mesmo de ter um filho, então a gente deixou: ‘Ah, vamos deixar então vim’. Com um ano a gente descobriu que tava demorando, né, não tava acontecendo. Então a gente procurou o médico. [Médico ginecologista? Eu pergunto]. É, ginecologista comum mesmo que me acompanha. E eu fiz vários exames e foi detectado que eu não tinha problema nenhum. Tava tudo normal. Aí ele pediu que meu esposo fizesse um espermograma comum e logo foi detectado que ele tem oligoespermia. (Ela faz uma pausa). [A partir daí, o que vocês fizeram? Vocês já vieram para a clínica de RA?] Não, não. Ele buscou outros tratamentos com urologista, tomou vitaminas, fez uma cirurgia de varicocele... em 2008... e... o problema da varicocele voltou... Então a gente... [Vocês já estão nesse tratamento há algum tempo?]. É, a gente... Já tá há um tempo... Ele foi a outro médico... Ele já foi a quatro médicos já, urologistas, tentando... solucionar o problema com medicamento. Mas aí então o último médico diagnosticou que não tinha chance nenhuma de fazer com medicamento; pelo método natural a gente não ia conseguir, só através mesmo da inseminação, onde encaminhou pra cá. Foi o urologista dele que encaminhou há três anos para cá. Viemos pra cá. (Heloísa, 32 anos, autônoma, casada com Saulo, 37 anos, autônomo).

É relevante perceber que diante da não ocorrência da gravidez, a mulher procura ajuda médica e a investigação clínica começa por ela, pois foi somente a partir dos seus exames normais que o médico aventou a investigação do parceiro. Embora haja a orientação por parte de protocolos médicos de se investigar concomitantemente o casal, persiste a desigualdade de gênero no tocante à reprodução, pois a mulher começa a introjetar a culpa pela não gravidez (mesmo que a causa não seja feminina), com consequências nefastas para o seu psiquismo. Para aclarar esse aspecto, reporto-me à Tamanini, que cunha a categoria “casal infértil”, a partir de observações de sua pesquisa junto aos profissionais especialistas em RHA. A referida categoria alude a uma prática da biomedicina que ao conceber e tratar a infertilidade como sendo do casal, tira do foco a categoria mulher infértil e passa a medicalizar também o homem, sem, contudo, constituí-lo como homem infértil. Ela comenta que a categoria “casal infértil” só se constituiu a partir do momento em que a medicina começou a se interessar e explicitar a esterilidade masculina, no bojo de um processo que objetiva transformar a esterilidade masculina em esterilidade do casal. Sob esta construção híbrida (que fala de natureza e cultura), a mulher enquanto indivíduo desaparece, mas o seu corpo permanece sendo medicalizado, sobretudo os seus ovários e trompas, em clara manutenção dos valores tradicionais de desigualdade e assimetria de gênero. Na dependência dos interesses em jogo e do contexto médico-social, a categoria “casal infértil” simultaneamente mostra e esconde o

homem e corrobora a representação de que a infertilidade é sempre da mulher.<sup>271</sup> A construção da esterilidade como “culpa” feminina é também levantada por Hérítier a partir da afirmação de que, em quase todas as sociedades humanas a esterilidade é, antes de tudo, uma responsabilidade das mulheres, pois na sociedade ocidental o esperma era, por definição, fértil e a esterilidade masculina só foi reconhecida há pouco. Metáforas nada elogiosas – saco, pote ou panela onde se opera o cozimento – conferem à mulher um simples papel de gestante, pois é o esperma do homem que dá a vida, fornecendo o sangue. Se uma mulher é estéril é por sua incapacidade de fazer com que o esperma do homem “pegue” com sua própria substância.<sup>272</sup>

Alfredo conta sobre sua procura pelo serviço de Reprodução Assistida:

Em 2007 eu fui diagnosticado com tumor de testículo e... Aí eu sabia que eu ia ter dificuldade. Algumas pessoas conseguem por vias naturais, mas é muito difícil... Aí passou cinco anos que é o período após a quimioterapia que tem que esperar e eu e Lavínia tentamos por algum tempo, não conseguimos. Então eu fiz um espermograma e vi que realmente tinha pouco espermatozoide e aí a Lavínia falou que tinha a clínica aqui em Campos. Eu esperei mais um tempo para juntar o dinheiro e transferir o sêmen que eu tinha congelado lá em Vitória antes da quimioterapia. (Alfredo, 29 anos, assessor parlamentar na Câmara, sem filhos; casado com Lavínia, 28 anos, técnica em radiologia, sem filhos).

A dificuldade em reconhecer a causa da infertilidade masculina fica clara na fala do casal abaixo, ao explicar a razão da busca pela tecnologia reprodutiva concepitiva:

Foi um processo natural na medida em que soubemos que era a única opção que tinha. Era nosso desejo ter filhos naturais. No meu caso a quantidade e a qualidade de espermatozoide é suficiente, é saudável. A questão é que ele [o espermatozoide] não alcança o óvulo. (Tales, 34 anos, consultor de negócios, sem filhos; casado com Anália, 33 anos, fisioterapeuta, sem filhos).

Quando Tales relata que “era o desejo do casal ter filhos naturais”, há uma menção ao caráter artificial dos procedimentos, que prescindem da relação sexual e do enlevo afetivo entre o casal. Mais adiante, vê-se a personificação da célula reprodutiva masculina: o espermatozoide dele é saudável, eles existem em número adequado, porém não cumprem o

---

<sup>271</sup> TAMANINI, Marlene. Do sexo cronometrado ao casal infértil. In: GROSSI, Miriam; PORTO, Rozeli; TAMANINI, Marlene (Org.). *Novas tecnologias reprodutivas: questões e desafios*. Brasília: Letras Livres, p.123-136, 2003, p.128.

<sup>272</sup> HÉRITIER, Françoise. A coxa de Júpiter: reflexões sobre os novos modos de procriação. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.8, n.1, p.98-114, jan.2000, p.105.

seu papel de alcançar o óvulo. A representação presente de gênero associada à masculinidade é traduzida por uma espécie de “preguiça” e lentidão do espermatozoide em chegar até o óvulo, contrariando a gênese do gênero masculino como força, virilidade e disposição para a luta. A meu ver, advém daí a sua “vergonha” e timidez em falar sobre a sua condição de infértil. Hopker-Azemar ressalta que a infertilidade masculina atinge o homem no mais profundo de si mesmo e ele frequentemente torna-se incapaz de juntar as defesas que lhe permitirão repensar o seu lugar no casal e na sociedade. Os exames médicos que são solicitados para o homem, como o espermograma, avaliam o esperma do homem e o comparam a uma norma, colocando-o em oposição a outros homens. O próprio vocabulário utilizado pelos médicos para descrever suas dificuldades médicas concorre para aumentar a sua angústia de uma perda da sua identidade sexual. A imagem do corpo que se projeta é aquela de um corpo deficiente, onde a esterilidade ou a infertilidade se assemelham à impotência, o que engendra sentimento de culpabilidade e de vergonha.<sup>273</sup>

A esposa, longe de assumir a responsabilidade sobre a infertilidade, o que acontece em muitos casos, consoante as falas da equipe técnica, não menciona a causa médica da infertilidade, em uma espécie de solidariedade e respeito à condição “delicada” do companheiro:

A gente tinha muita vontade de engravidar e percebemos que naturalmente não estava acontecendo e resolvemos tentar um método diferente. (Anália, 33 anos, fisioterapeuta, casada com Tales, 34 anos).

Para outro casal entrevistado, cuja causa da infertilidade também é masculina, percebe-se analogamente grande dificuldade por parte do homem de falar sobre o assunto, tanto que as explicações mais detalhadas são fornecidas pela sua esposa. Diante da minha indagação sobre a(s) razão (ões) para a busca do casal pela reprodução assistida, Floriano fala:

Nós viemos porque é a continuação da nossa vida, né, porque um casal assim, depende de uma criança, né? É normal, a gente tava tentando, não tava conseguindo... Aí acabamos vindos pra cá. Foi o médico que eu fui que me encaminhou pra cá. Eu tive um problema de obesidade e... diminuiu a velocidade do meu esperma. E aí... Pode... *Pode não, vai voltar* ao normal, mas a gente não sabe quando e a hora, né? Aí ele [o médico] mandou vim pra cá, pediu todos os exames... [Então antes do encaminhamento médico

---

<sup>273</sup> HOPKER-AZEMAR, Françoise. Op. cit.

vocês não conheciam a Clínica? Eu pergunto.] Não, não. Eu nem sonhava, eu nem sonhava. Eu não sabia o que era, eu tomei um susto. Tomamos um susto quando a gente chegou aqui. Eu nem sonhava que... que existia um lugar assim [o serviço de RA]. Eu via muito na televisão, né? Achava que só tinha pelo Rio. (Floriano, 35 anos, instrutor de autoescola, sem filhos; casado com Áurea, 33 anos, auxiliar administrativo, sem filhos). (Os grifos são da pessoa entrevistada).

É recorrente a utilização de figuras de linguagem por parte do homem para se referir a sua condição clínica, o que oculta a sua angústia e vergonha. Floriano atribui à obesidade, que, aliás, já havia sido sanada com a cirurgia que ele realizou de redução do estômago, a causa da infertilidade do casal. Mais uma vez, sob a ótica masculina, os espermatozoides existem, porém eles são lentos. Quando ele diz que não conhecia a Clínica e “tomou um susto” ao adentrar o Serviço, percebe-se uma fuga diante da descoberta de que o “problema” era com ele.

Sobre a descoberta da infertilidade e a chegada ao Centro, Áurea relata:

É... A dificuldade, né, do meu esposo e... indicação, né? Foi o médico daqui mesmo [do HEAA], o médico dele, o urologista, que indicou a gente pra cá. Porque na verdade a gente não estava detectando o problema. Fazia espermograma, dando baixo, fez medicação, não tinha varicocele... Aí foi quando o urologista nos indicou aqui, pois olhou os exames dele [de Floriano], viu que não tinha jeito com medicação, não tinha nada e indicou aqui o Centro de Infertilidade. [Há quanto tempo vocês estão nesse processo de busca para ter um filho?] Desde quando a gente casou, na verdade. Eu parei de tomar o remédio com... meses, né? Aí ficamos tentando, tentando naturalmente, indo a médico, fazendo os exames necessários para ver se o problema era comigo ou com ele... [Então vocês procuraram ajuda médica juntos?] Na verdade eu procurei primeiro, né? Porque homem tem aquele preconceito: ‘Ah, não quero, o problema não é meu, eu posso e...’ Ele viu que o problema já estava avançando, né e nada... Eu fui à ginecologista, fiz um exame para ver infertilidade, não deu problema algum. Quando ele descobriu que o problema era ele... Nossa! O mundo desabou. Foi muito, *muito* complicado. No início a minha ginecologista pediu o exame dele e em um primeiro momento teve a recusa, né, dele não querer fazer: ‘Ah, eu não tenho problema’, mas por medo, né, de identificar o problema. . Que seria com ele... E... Passou um tempo, ele viu que não tinha jeito e então ele... Eu o ajudei a procurar [ajuda médica]. Na verdade, se eu deixasse por conta dele, estaria até hoje tentando, sem saber qual era o problema. (Áurea, 33 anos, assistente administrativo, casada com Floriano, 35 anos). (Grifo da entrevistada).

É digno de realce o tempo dispendido pelo casal no processo de investigação clínica da(s) causa(s) da infertilidade, bem como o fato de a mulher buscar atendimento especializado

primeiro, corroborando, de um lado, a ideia de que as questões reprodutivas são da alçada exclusivamente feminina, em oposição à recorrente recusa masculina, percebida pela mulher, em se submeter às avaliações médicas. Para os homens, admitir que a sua função reprodutora seja falha, denota menos virilidade. Eles tornam-se reticentes e utilizam subterfúgios para explicar a situação, em uma tentativa de minimizar o peso da sua própria infertilidade.

Diante de tal panorama, a relação entre o casal fica abalada, como foi visto acima no depoimento de Selma, que após ter perdido as duas trompas chegou a desejar o divórcio a fim de não impôr ao companheiro uma vida sem filhos. Diante da constatação da infertilidade, outros relatos semelhantes no tocante à conjugalidade merecem ser registrados:

A gente meio que parou um pouco com essa pressão da cobrança, né, de um com o outro. Na verdade eu tô com ele assim já tem 15 anos entre namoro e noivado, mas casada mesmo eu vou fazer quatro. Eu falei assim com ele: ‘Olha só, quando a gente iniciou o nosso relacionamento, a gente não sabia que um ou o outro poderia ou não ter filho. Isso não vem escrito, não está especificado nas pessoas. Olha, nós estamos juntos nessa briga e... Vamos ganhar porque... A gente não sabe, né? Se tivesse escrito seria muito mais fácil: a pessoa que quer, a pessoa que não quer [filhos], a pessoa que pode, a pessoa que não pode [ter filhos]. Então quando ele recebeu a notícia do urologista, ele chorava que nem criança e dizia: ‘Porque você vai me largar, porque eu acho que esse é o seu sonho...’ E eu falava: ‘O sonho é nosso, o sonho não é só meu. Se nós estamos juntos esse tempo todo, a gente vai brigar para que o sonho se realize’. (Áurea, 33 anos, assistente administrativo, casada com Floriano, 35 anos, instrutor de autoescola).

A gente ficou tentando fazer esse tratamento com medicamento até chegar ao Centro de Infertilidade... ao total... durante nove anos. Porque a gente tinha... Aquela... De médico em médico, ele foi a quatro urologistas, e cada um dava um parecer. Uns falavam que varicocele não era o problema, que não precisava operar, que era só tomar a medicação. Aí o outro já dizia que tinha que operar... Outro dizia que ele não ia ter chance nenhuma... Então, nisso houve também uma frustração porque ele como homem... O homem geralmente é mais sensível *de aceitação* (grifo da entrevistada), de ele aceitar que o problema é com ele. Então teve um pouco de dificuldade no começo quando ele descobriu o problema. Ele tinha 25 anos quando ele descobriu, então ele ficou um pouco chocado com isso. [E você acha que isso afetou o relacionamento de vocês?] No começo sim... No começo sim... Ele achou que... Que eu ia com o tempo... Desistir do casamento, desistir dele, então ele ficou meio assim, um pouco frustrado com isso. Afetou um pouco ele assim como, como... A masculinidade, vamos dizer assim. A masculinidade dele. (Heloísa, 32 anos, autônoma, sem filhos; casada com Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos).

A descoberta da infertilidade do companheiro ainda durante o noivado devido ao tumor de testículo trouxe inquietação ao relacionamento:

Assim, quando ele descobriu [ser infértil], ele logo falou comigo: ‘Eu não vou poder te dar filhos’, mas eu era noiva, então eu falei: ‘ Não, a gente não vai pensar nisso agora, o que vale é sua vida, como até hoje... O que vale é a vida, só que lógico que a gente pensa, né e ele também fala: ‘Se você tivesse outro casamento você já tinha filho’, mas não é bem assim, né? (Lavinia, 28 anos, técnica em radiologia, sem filhos; casada com Alfredo, 29 anos, assessor na Câmara, sem filhos).

Não obstante o choque da descoberta e o processo de luto e frustração diante da infertilidade narrado pelos participantes acima, tenho a nítida impressão de que as dificuldades em alguma medida acabaram por fortalecer a união e o entendimento entre os cônjuges.

Na amostra em questão houve três participantes que optaram por primeiro estabelecer-se profissionalmente e depois partir para a constituição da sua prole, prefigurando o adiamento da maternidade. Em se tratando de capacidade reprodutiva feminina, a idade é bastante relevante, uma vez que os dois fatores estão intimamente relacionados. Segundo os especialistas em reprodução humana, o potencial reprodutivo da mulher decresce com o aumento da sua idade. Percebe-se um descompasso entre o tempo entendido como necessário para o nascimento de um filho (consolidação da vida profissional e conjugal) e o tempo biológico, traduzido como o período da fertilidade feminina.

Segundo Teresa:

É, já existia uma dificuldade; os médicos já tinham me informado que eu teria mesmo uma dificuldade de ovulação. Desde a adolescência eu já tinha essa dificuldade, eu tomava anticoncepcional não para evitar ter filhos, mas para proteger o útero. Aí logo depois que eu me casei eu continuei tomando o remédio porque eu não tinha planos de ter filhos no início do casamento; eu queria primeiro fazer um concurso e arrumar um bom emprego. Então depois de uns dois anos, que já estava mais estabilizada a nossa vida, nós resolvemos tentar, né? Aí eu parei de tomar os remédios e nada, e nada e nada... A minha menstruação não veio, ficou uns meses sem vir. Eu imaginei que eu não estivesse grávida porque eu já sabia do problema de ovulação, né? Eu procurei uma médica, fiz alguns exames e ela falou que eu estava tendo ciclos anovulatórios, que realmente eu não estava ovulando e que eu teria que tomar hormônio, e ela falou que eu teria que tomar progesterona. Eu comecei tomar Provera® de 10 mg e meu ciclo regularizou, só que mesmo com o ciclo regularizado, a gente não conseguia ter filhos. Em uma

consulta com a dermatologista eu comentei sobre a minha dificuldade em engravidar e ela me indicou aqui a clínica no Álvaro Alvim. (Teresa, 32 anos, guarda municipal, sem filhos; casada com Edmundo, 28 anos, técnico em enfermagem, sem filhos).

Melina relata a busca do casal pelas tecnologias reprodutivas conceptivas:

Porque você percebe que não consegue engravidar pelos meios naturais. É bem verdade que eu comecei tarde, porque a história é a mesma: eu esperei chegar aonde cheguei, profissionalmente. Eu casei *tarde*, não por uma opção, mas eu entendo o casamento como um relacionamento em que eu tinha que encontrar a pessoa certa. Eu não ia casar por causa da minha idade, porque estava na hora, porque as amigas estavam casando, nem nada disso. E o meu príncipe só chegou aos 36 anos, eu casei com 37 e só comecei a tentar engravidar com 39. Eu sabia que era tarde, mas eu não sabia que eu ia passar quatro anos tentando, sem conseguir. Então a história é sempre a mesma: a mulher quer primeiro se firmar profissionalmente, né, pra depois casar e tal, mas enfim... Ela está tão envolvida com isso, que a pessoa certa só aparece depois mesmo. E eu nunca quis ter filho de *outra* forma: nem produção independente, porque eu acho o nome bonito, mas acho uma furada, e nem de qualquer outra forma. Eu queria que fosse fruto de um relacionamento mesmo, que fosse certo e bom. (Melina, 44 anos, arquiteta, sem filhos; casada com Odilon, 35 anos, arquiteto, sem filhos). (Os grifos são da informante).

As três mulheres da amostra (Anália, Teresa e Melina) que optaram pelo adiamento da maternidade possuíam elevada escolaridade, pois tinham o 3º grau completo e duas tinham inclusive Pós- Graduação (Anália é Fisioterapeuta e Melina é Arquiteta e professora universitária). Apenas Teresa, apesar de ter cursado Pedagogia, trabalha como Guarda Municipal. Essa explicação é significativa, na medida em que Rosana Machin Barbosa apresenta resultados semelhantes em sua pesquisa. Entre as suas entrevistadas oriundas das Clínicas privadas e mais escolarizadas e com melhor inserção profissional, praticamente todas optaram pela gravidez tardia em face do desenvolvimento profissional, o que demonstra uma valorização da carreira. <sup>274</sup>A articulação trabalho extra doméstico -maternidade acaba por cobrar seu tributo e o adiamento do momento de tornar-se mãe faz com que muitas mulheres decidam- se pela gravidez após certa idade.

---

<sup>274</sup> BARBOSA, Rosana Machin. Relações de gênero, infertilidade e novas tecnologias reprodutivas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.8, n.1, p.212-228, jan.2000.

Sob a categoria que denominei de “não infértil” apresentou-se uma entrevistada, com 16 anos de matrimônio e com um filho de 11 anos fruto dessa relação. Ela veio procurar a fertilização após ter apresentado dois abortos sucessivos e por desejar aumentar a sua prole:

Eu vim para a clínica porque eu já tentei outras duas vezes e perdi. Eu tentei duas vezes naturalmente e aí quando ia fazer o ultrassom não tinha batimento cardíaco. Tudo isso abalou muito o meu emocional, aí já tô tentando há cinco anos. Na verdade, quando eu casei, com uns dois anos eu resolvi engravidar, parei com o remédio, só que eu não engravidava e eu tive que tomar remédio para ovular. Com esse tratamento eu tive o meu filho, depois de 2 anos tentando. Quando o menino estava com uns seis anos, eu tentei de novo, naturalmente, engravidei duas vezes e perdi. Então depois eu fiquei procurando os médicos e médico nenhum achava o meu problema, não tinha nada, nada, nem da minha parte e nem da parte do meu marido. Foi aí que eu vim pra cá. [Você já é mãe, já tem o seu filho com o seu marido, então por que você deseja ser mãe de novo?] Ah, porque meu filho já está grandinho, com 11 anos, então ele sai para a casa dos coleguinhas. O meu marido também trabalha, aí eu fico muito sozinha. Então eu quero ter mais um [filho] pra completar a família, né? Eu também venho de uma família grande, minha mãe tem seis filhos comigo. A minha mãe é muito amorosa, muito dedicada aos filhos e aí isso me ajudou a querer ter mais filhos. A gente sempre se reúne todos os finais de semana e todos os meus irmãos e irmãs têm dois, três filhos. Eu sou a única que só tenho um [filho]. Eu me sinto... inferior até, porque eu não consegui ter mais. Quando eu vejo uma mulher grávida, eu já fico assim... com um pouco de inveja, né? (Inês, 37 anos, do lar, casada com Maurílio, 40 anos, motorista de táxi, ambos têm um filho juntos).

Durante a nossa conversa, Inês deixa entrever que embora já tenha um filho, ela deseja ter outro como uma forma de valorização do seu papel de mãe diante da sua família de origem, pois todos os seus irmãos são prolíficos e ela é o “desvio” desse padrão familiar. Inês demonstrou bastante timidez e só foi realmente se abrir, no sentido de maior exposição, na metade da entrevista. Ela ainda me confessou que trabalhava fora do lar há algum tempo atrás, em negócio próprio, mas depois que sofreu os abortos espontâneos, decidiu fechar o seu comércio por conta do estresse. Ao tornar-se exclusivamente dona de casa experimentou solidão, pois o filho sai e o marido também e uma criança ajudaria a preencher esse seu vazio existencial. Isso ficou bastante claro para mim quando fui entrevistar o seu marido. Maurílio deixou transparecer que está bem satisfeito com apenas um filho e alegou em diversos momentos dificuldades financeiras para oferecer um padrão de vida razoável para a família, pois a remuneração com a sua atividade profissional (táxi) é instável. Apesar disso, concordou com a esposa na procura pela reprodução assistida, mas percebi que esse é um projeto muito



mais dela do que dele: “Ela que veio procurar aqui. Pra quê contrariar a mulher, né?” As posições socialmente pré-determinadas dos papéis masculino e feminino são evocadas por Inês ao mencionar a característica de provedor do seu companheiro (“ele sai pra trabalhar”.) e ela permanece no âmbito doméstico: os cuidados com um bebê marcariam esse seu lugar na esfera do privado.

Abordei com os casais da Clínica sobre qual seria o(s) posicionamento(s) e atitudes da família e de amigos frente ao fato de não terem filhos.

No universo de 24 pessoas entrevistadas, foi relatado por 15 delas (sete mulheres e oito homens) “que sofrem pressão e cobrança” por parte dos familiares, amigos e conhecidos pelo fato de não terem filhos. A atitude dos entrevistados diante da cobrança variou - alguns desconversavam, disfarçavam a sua raiva ou explicavam que estavam aguardando a vontade de Deus:

É, a cobrança é grande, de todo mundo. Todo mundo pergunta: ‘E o neném, não vai vir não?’ Mas a gente não fala [sobre a infertilidade]. Tudo tem o tempo certo. O tempo de Deus não é o nosso tempo... A gente sempre vai jogando uma resposta neutra. (Teresa, 32 anos, guarda municipal, sem filhos; casada com Edmundo, 28 anos, técnico em enfermagem, sem filhos).

A cobrança é muito grande: ‘Ah, tá demorando muito, hein? Vocês não vão ter filho não?’ Aí a gente fala assim: ‘ Ah, nós estamos pensando o momento certo, tudo é da vontade de Deus. ’ Mas é chato, chato demais. (Áurea, 33 anos, assistente administrativo, sem filhos; casada com Floriano, 35 anos, instrutor de autoescola, sem filhos).

Assim, eu vejo que tem muita cobrança das pessoas, até porque no nosso grupo de amigos a maioria teve filho agora há pouco tempo, entendeu? (Alfredo, 29 anos, assessor na Câmara, sem filhos; casado com Lavínia, 28 anos, técnica em radiologia, sem filhos).

Pro seu estudo que você está fazendo aí, essa questão vai ser muito interessante porque... É o que desanima os casais em tudo, a pessoa fica até com raiva, até pára [os procedimentos], é a questão da cobrança. Isso aí, eu acho pra mim a pior parte. A pior parte é a cobrança, tipo: ‘ E seu filho, nunca pensou em ter filho não?’ E se souber então que tá fazendo tratamento... ‘ E aí, conseguiu?’ Na cultura nossa, todo mundo tem um filho. ‘ Só vocês não têm?’ Então fica aquela coisa... nem é às vezes por mal. E a gente fica... fica difícil falar porque a gente não quer falar o nosso problema, é particular, é... é muito íntimo, a gente não quer ficar falando pra qualquer um. Então a gente fala assim: ‘ Não, não chegou o momento, não chegou a hora’. A gente tem que ficar inventando argumento pra poder falar, mas a vontade é dizer assim: ‘ Você não tem nada a ver com isso’, mas só que a gente fica na nossa, tenta tratar o melhor possível. Então a pior parte pra

mim que eu já vi até hoje é essa aí. (Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos; casado com Heloísa, 32 anos, autônoma, sem filhos).

Uma entrevistada, que realizou a laqueadura tubária anteriormente, disse ter sofrido muitas críticas e recriminações por parte da sua família diante do fato de estar buscando a reprodução assistida, principalmente por já ter um filho adulto:

Eu ouvi muito aqueles comentários: ‘ Ah, se você não fosse operada, né, você poderia ter outro filho’... Mas quando eu fui falar para minha família do tratamento eles acharam que eu poderia estar procurando sarna pra me coçar, tipo assim, problema. Quando eu falei que eu ia começar a fazer o tratamento: ‘ Ah, você ao invés de ficar só com o seu filho, ele está com 17 anos, começar tudo de novo, entendeu? Você dorme a hora que quer, você acorda a hora que quer’. Então, aquela coisa, só eu, como eu falei, eu pago qualquer preço. Eu prefiro ficar a noite toda acordada, mas eu quero ser [mãe]. Isso não é trabalho. Para uma mãe isso não é trabalho, isso não é preço para se pagar, não tem comparação. Não tem como se trocar: ‘ Ah, eu não vou ter um filho porque eu quero dormir a noite toda’... Não tem nem... Nem passa pela minha cabeça, mas pela das minhas irmãs passa. Há um tempo como eu te falei, há 17 anos atrás, eu pensava: ‘ Ah, meu Deus, eu queria dormir, aquela coisa’. Mas hoje não, eu não penso mais desse jeito. (Celeste, 35 anos, vendedora, tem um filho; casada com Agenor, 43 anos, repositor de estoque de supermercado desempregado, sem filhos).

Três entrevistados (dois homens e uma mulher) relataram ser alvo de comentários desagradáveis, por eles intitulado de “piadinhas”, o que gera sentimentos de tristeza e baixa autoestima:

A minha família pessoalmente de certo ponto me cobra. Me cobra. É... minha mãe não cobra, ela sente falta, mas ela não cobra. Ela sente falta assim de um... um filho, um neto de minha parte, mas ela não cobra. Mas tem pessoas na família que cobra. Quem? minhas irmãs cobra, por eu ser o mais velho, por ser filho homem, elas acham que eu teria que ter. Eu teria que dar neto primeiro a minha mãe, entendeu? É assim, mas eu acho que tudo tem o seu momento, a gente tem que ser compreensivo com o que Deus traz pra gente, né? E os amigos brincam, né, tem aquelas brincadeiras, ah, fala assim: ‘ Você , ah, você não faz filho, você é estéril’, e isso e aquilo, né? É, sempre você sabe que tem essas piadinhas. Então tem umas brincadeiras assim, mas eu não levo a sério. Eu não levo a sério, levo ali na brincadeira, porque eu sei que é uma simples brincadeira. Mas no fundo, no fundo tem hora que a gente pensa sim, que a gente olha assim: um tem dois, outro tem três... (Agenor, 43 anos, repositor de estoque de supermercado, sem filhos; casado com Celeste 35 anos, vendedora, tem um filho).

Lá na minha casa eles brincam muito, mas cobram. Eu já ouvi algumas palavras, vamos dizer assim, que te machuca: ‘ Ah, fulano não pode ter

filho'. Não é não poder (frisa), ninguém sabe a causa e ouvir isso dói muito. (Liana, 27 anos, decoradora de festas, sem filhos; casada com Décio, 33 anos, enfermeiro, sem filhos).

Duas entrevistadas relataram que a família e os amigos compreendem a situação de não terem filhos e torcem para o êxito do casal:

Algumas pessoas é... demonstram assim... é... que... esperam junto com a gente, assim... que esperam o momento de acontecer... e... aparenta que... quando a gente conseguir vai ficar feliz junto com a gente, vai comemorar junto. Porque muitos torcem pela gente. Muitos amigos que sabem que a gente faz tratamento e também na minha família, então torce junto. (Heloísa, 32 anos, autônoma, sem filhos; casada com Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos).

Alguns entrevistados (seis pessoas, dentre as quais dois casais) comentaram que não se sentem alvo de cobranças e/ou piadas, sendo importante destacar que são todas pessoas com filhos, daí o fato da resposta discordante dos demais participantes.

De forma discordante dos depoimentos da equipe técnica, nenhum entrevistado relatou sofrer cobranças ou pressões para ter filhos por parte de seu cônjuge. Ao contrário: houve relatos de que justamente por não fazerem cobranças e/ou acusações mútuas acerca da infertilidade o casamento ainda estava “de pé”:

Olha, eu vejo que a frustração incomoda um pouco o casal. Eu... assim... eu tenho mais controle que ela. De vez em quando ela fica sem paciência lá e tal... E eu sinto que isso é por causa de não ter um filho. Mas isso não traz atrito pra nós. Nunca rolou [atrito] graças a Deus. Nunca rolou. Ela nunca me acusou de nada, que o problema é meu e nem me cobrou nada, graças a Deus. Se ela fizesse isso, eu acho que hoje a gente não taria aqui não. (Saulo, 37 anos, vendedor, sem filhos; casado com Heloísa, 32 anos, vendedora, sem filhos).

Eu percebi que não obstante algumas tensões nas relações familiares e mesmo entre o casal, as relações conjugais entre os participantes estavam pautadas na reciprocidade e na compreensão e não vislumbrei sinalizadores de rompimento da aliança.

#### **4.4.2.2 O(s) significado(s) da maternidade: ser mãe é...**

...tudo

Mãe é tudo. Mãe é fazer de uma mulher... é transformar uma mulher de verdade. Pra mim é tudo. Eu só senti mulher... eu era uma garotinha. Eu só me senti mulher mesmo quando eu tive meu filho, com 18 anos. A primeira vez que eu descobri que tava grávida... ali já mudou tudo. Eu me senti mais segura. Segura e sensível ao mesmo tempo. A gente fica mais sensível, mas eu senti 'pô', eu sou mulher de verdade agora. Eu sou...! (Celeste, 35 anos, vendedora, tem um filho, casada com Agenor, 43 anos, repositor de supermercado, sem filhos).

#### ...um milagre

Ah, ser mãe... É uma palavra tão abrangente, né? ... Ah, deixa ver... (Pausa). Ser mãe... Gente, poder gerar uma vida, um milagre, não sei, eu acho que eu resumiria numa palavra: milagre, né? É poder cuidar de uma vida, né... educar. Educar pra vida... com princípios não só religiosos, mas valores, dignidade, honestidade... Ah, tanta coisa, ser mãe. É muito abrangente. (Teresa, 32 anos, guarda municipal, sem filhos; casada com Edmundo, 28 anos, técnico em enfermagem, sem filhos).

#### ...um amor eterno e infinito

É amor eterno, infinito. É... Não tem... Não tem descrição. Não tem como falar, entendeu? Ah, *só de imaginar* (grifo da entrevistada), a gente já fala assim: 'Caraca! É meu!' (Ela chora emocionada). (Áurea, 32 anos, auxiliar administrativo, sem filhos; casada com Floriano, 35 anos, instrutor de autoescola, sem filhos).

A maternidade é um amor que ultrapassa barreiras. Então ser mãe é ter uma pessoa que você não sabe nem explicar como esse amor surgiu e nem o que você faria com ele. (Anália, 33 anos, fisioterapeuta, sem filhos; casada com Tales, 34 anos, consultor de negócios, sem filhos).

#### ...a realização de um sonho

Pra mim... ser mãe eu acho que é... É realizar um... um sonho, primeiramente, e... concluir o laço familiar que está faltando. Assim, eu acho que um casal sem filhos não é completo. A gente vive, a gente conversa, a gente passeia, a gente... é... A gente tem um círculo de amizade na igreja, onde a gente tem um clube, eu e meu esposo. Nós somos os responsáveis pelo clube, onde tem 38 juvenis, de 10 a 15 anos. A gente acaba sendo... fazendo parte até da família. E eles ficam dentro da minha casa, almoça, janta, final de semana quando não tem o clube eles estão lá na minha casa... Então a gente tem essa amizade. A gente faz pipoca pra eles, a gente sai pra tomar açaí com eles... mas chega uma hora que a gente pensa assim: 'tá faltando alguma coisa, tá faltando algo *da gente* (ênfatisa), pra viver com a gente'... E a gente sabe que é o filho, né, pra completar a família. (Heloísa, 32 anos, autônoma, sem filhos; casada com Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos).

Olha... Ser mãe... É um sonho. Eu não posso nem falar muito porque eu acho que é por causa do remédio, do hormônio, tá me deixando muito, muito chorona. É sonho de ser mãe, de... Poder educar, amamentar, de ouvir a primeira palavra: mãe. (Liana, 27 anos, decoradora de festas, sem filhos; casada com Décio, 33anos, enfermeiro, sem filhos).

É de tudo um pouco. (Ela Sorri). Eu acho que toda mulher sonha... Uma sonha em ter uma gravidez, né, sentir o que é ser, estar grávida e outras em ser mãe de dar carinho, dar atenção, dar amor, dividir tudo aquilo que tem dentro de casa, atenção do pai, da mãe, ser o centro das atenções. Primeiro que você fica imaginando: ‘Nossa, você está criando uma criança que saiu de dentro de mim... Daqui a pouco está nos meus braços mamando’... É o meu sonho amamentar, eu acho lindo amamentar, eu acho a maternidade encantadora. A verdade é essa. Então é o que eu quero. Eu quero dar amor, muito carinho, que eu acho que eu tenho acumulado... (Ela ri). (Selma, 30 anos, manicure e cabeleireira, sem filhos; casada com Moacir, 31 anos, técnico em meio ambiente, sem filhos).

Os significados atribuídos ao ser mãe trazidos acima, encarnam o ideal do amor materno sem precedentes e sem ambivalências, sentimento incomparável, capaz de transformar a vida de uma mulher, como vimos em Celeste, que afirmou só ter se tornado mulher a partir da maternidade. A construção da maternidade baseada nas ideias de amor incondicional e sacrifício tornam-se tão naturalizadas e fortes nos depoimentos das entrevistadas, que qualquer menção a essa ausência provoca estranhamento e repulsa, como já visto amplamente em outros capítulos do presente trabalho com a autora Elisabeth Badinter.

O filho sonhado (e idealizado) é constantemente visto como o elemento capaz de conferir sentido e plenitude à existência dos seus pais. Algumas entrevistadas colocam o ser mãe como um sonho de ter a criança ou mesmo de experimentar as sensações físicas da gravidez e da amamentação, o que nos faz perceber “a ênfase na dimensão reprodutiva do corpo como uma marca distintiva e reveladora da identidade feminina”, como é ressaltado por Vargas.<sup>275</sup> No relato de outras mulheres percebe-se a maternidade como uma forma de transmissão de valores educacionais e geracionais previamente aprendidos. Não foi percebido e/ou mencionado pelas participantes desta pesquisa os aspectos ambivalentes ou o ônus da maternidade, o que sem dúvida reforça o desejo na concretização do filho tão ansiado.

A despeito das respostas acima, para a depoente a seguir, ser mãe é traduzido em sofrimento, dor e cansaço no sentido da sua própria trajetória de repetidas tentativas de

---

<sup>275</sup> VARGAS, Eliane Portes. A figueira do inferno: os reveses da identidade feminina. *Estudos Feministas*, Florianópolis, p.89-108, jan.1999, p.101.

fertilização in vitro frustradas, porém o que se delineia por trás disso é um modelo de mãe abnegada, capaz de qualquer sacrifício para realizar o seu intento:

...é dor e sofrimento

É tão difícil responder isso nesse momento... O fato de fazer a FIV... tira um pouco o *glamour* da resposta. Porque eu acho que a mulher é como num sonho: vou lá, parou de tomar a pílula e consegue... o *glamour* continua, o maior barato. Mas aí quando a gente entra aqui [na clínica de reprodução assistida] acabou o *glamour*. É só muita dor e sofrimento. O fato de estar vindo pra cá é porque alguma coisa já deu errado. É porque você *já percebeu* (grifo da entrevistada) que não consegue. (Melina, 44 anos, arquiteta e professora universitária, sem filhos; casada com Odilon, 35 anos, arquiteto e professor universitário, sem filhos).

Sobre as concepções de maternidade, trabalhei com as entrevistadas o momento em que elas decidiram construir o projeto parental e se tornarem mães. Algumas respostas podem ser atestadas abaixo:

...eu quis ser mãe desde sempre

Sempre tive vontade de ser mãe. Sempre. Mas eu não era casada e tal. Aí eu arrumei um namorado e a gente se dava super bem e tudo e foi aonde aconteceu. Eu não esperava, eu não tinha noção, e aconteceu. Só que foi muito rápido, já foi da primeira vez. [E você tinha que idade?] Eu tava com 17 anos. Então eu já tinha essa vontade desde sempre, desde menina. Desde menina trabalhando com criança. Nossa, sempre na área de criança. Fui babá... a vida toda, desde os 10 anos fui babá, tomando conta de criançinha. Levava pra casa. O pessoal falava: 'Ah, ajuda aqui, dava um dinheirinho'... Toda a vida. Toda a vida. (Celeste, 35 anos, vendedora, tem um filho; casada com Agenor, 43 anos, repositor de estoque de supermercado, sem filhos).

Sempre (Ela ri). Desde sempre. É... Desde a minha adolescência eu sempre gostei de cuidar das crianças dos vizinhos. E... eu amo criança. É uma coisa que eu acho que... (Ela faz uma pequena pausa). É um amor, né? Infinito. Então, desde que a gente se descobre *ser* mulher, né? Porque criança não sabe da vida e tal, mas quando você se descobre: 'Ah, eu sou uma mulher, eu posso gerar uma criança, eu posso ter *o meu*, não só cuidar do filho do vizinho', entendeu? E... assim, mãe é tudo, né? (Áurea, 33 anos, auxiliar administrativo, sem filhos; casada com Floriano, 35 anos, instrutor de autoescola, sem filhos).(Grifos da entrevistada).

Sempre (Ela sorri). Eu... Desde que eu me casei eu tentava. Eu me casei muito nova, eu me casei com 15 anos e aí eu já tinha vontade de ter filho, só que eu não conseguia. Eu só fui conseguir com 18. E depois que eu me casei com Irineu, eu quis ser mãe de novo porque eu via ele sempre triste. Eu já vi chorando por causa da filha dele, por ele não criar a filha dele, por não ver ela crescer. E ele me vê com meus filhos e ele não tem filhos por perto... Então ele sempre fica triste. Aí eu pensei em trazer uma alegria para ele também, né? (Cibele, 33 anos, operadora de caixa desempregada, tem dois filhos; casada com Irineu, 34 anos, tecnólogo em comércio varejista, tem uma filha).

Acho que desde que eu me casei, mas assim, vontade de ser mãe eu sempre tive, mesmo muito antes de me casar. Eu sempre me imaginei mãe, mas depois que eu me casei a vontade veio mais forte. (Lavínia, 28 anos, técnica em radiologia, sem filhos, casada com Alfredo, 29 anos, assessor na Câmara, sem filhos).

...eu quis ser mãe desde novinha

Ah, desde, desde nova. Eu... com 14 anos eu já sonhava em... em casar e ter filhos e ter uma família, porque a minha família foi muito sofrida. A minha mãe... Eu sou a caçula de 5 filhos e a minha mãe teve um casamento muito sofrido, a nossa família sofreu muito. A questão do meu pai que era alcoólatra e tudo mais. Então eu pensava pra mim assim: 'Eu quando eu crescer, eu vou ter a minha família, eu vou ter o meu lar, o meu esposo'... É... Porque eu não tive, eu não fui criada pelo meu pai desde os 7 anos. E o que eu entendi por gente desde que eu comecei a entender a vida, era muita briga, muita confusão. Então, eu queria, assim, na minha mente, quando eu crescer e o dia que eu tiver a minha família... é... o meu esposo, vai ser o oposto do que o meu pai foi pra mim... Eu queria ter uma família diferente. Construir uma família e que meu esposo fosse um pai bom, excelente, o oposto do que o meu pai foi pra mim. E isso... eu comecei a namorar meu esposo com 16 anos, casei com 19, e eu deposito nele, assim, toda a afeição que eu não tive paterna... Presença masculina na minha vida tudo ele. Ele é o companheiro, um pouco do pai e a gente conversa muito sobre tudo, a gente é muito amigo. Além de ser casal, a gente é muito amigo, então... tudo... que a gente vive, a gente conversa, a gente... senta e partilha aquilo ali junto e a gente tem os mesmos sonhos... A gente trabalha junto, a gente passa quase que o dia inteiro junto (ela sorri). (Heloísa, 32anos, autônoma, sem filhos, casada com Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos).

Ah, muito antes de eu casar... eu já tinha esse desejo de ser mãe. Antes dos 17 anos, uns 16, eu já queria. Aí eu fui, achei o meu marido, né? (Ela ri). Conheci ele e... resolvemos casar. E logo assim eu quis ter filho, mas devido o trabalho, da gente ainda estar conseguindo as coisas, é mais difícil, né? Aí o trabalho teve mais prioridade e a gente deu uma seguradinha. Depois de dois anos de casada, eu tava com 21 anos, ele quis também, aí eu parei de tomar remédio, mas só fui conseguir [engravidar] dois anos depois também.

(Inês, 37 anos, do lar, casada com Maurílio, 40 anos, taxista, com quem tem um filho).

...O desejo de ser mãe já nasce com a pessoa

Eu acho que isso já nasce com a pessoa, né? Porque eu assim, eu sou a filha mais velha, eu tenho dois irmãos. Então eu ajudei a criar os meus irmãos também de uma certa forma: ajudava a levar na escola, arrumava... Então assim, eu sempre gostei de criança... Sempre... Eu acho que desde sempre. Sempre. Mas eu sempre pensava assim: primeiro eu vou ter a minha profissão, ser independente, pra depois pensar em casar e depois pensar em ter filhos porque nem pensar em casar de imediato eu não pensava. Eu pensava primeiro em me realizar profissionalmente, me estruturar profissionalmente pra depois ter o nenê. Mas esse desejo... sempre eu tive. (Teresa, 32 anos, guarda municipal, sem filhos, casada com Edmundo, 28 anos, sem filhos, técnico em enfermagem).

Os depoimentos das informantes acima sobre o momento de escolha da maternidade enfatizam a maternidade como um desejo que existe desde sempre e é inerente à construção da feminilidade. A justificativa de “gostar muito de criança”, ter trabalhado e/ou ter cuidado das crianças dos outros surgem como categorias legitimadoras do desejo de ser mãe.

De forma oposta, algumas mulheres informaram terem “demorado um pouco” a decidirem se tornarem mães, premidas que se encontravam por outros planos ou projetos:

Depois de um tempo de casados a gente decidiu. No início não era o momento, eu estava fazendo faculdade ainda. Então no início do casamento ainda não era o nosso foco, mas depois de quatro anos [de casamento] a gente veio tentando. (Anália, 33 anos, fisioterapeuta, sem filhos, casada com Tales, 34 anos, consultor de negócios, sem filhos).

Foi no momento em que eu completei dois anos de casada e eu queria muito ser mãe. Eu nunca quis antes, nunca quis antes com namorado nenhum. Nunca fiquei noiva, tive relacionamentos duradouros, mas mesmo assim eu não queria ser mãe. Eu fico pensando, se eu tivesse casado mais nova, talvez eu levasse um longo tempo pra decidir também. (Melina, 44 anos, arquiteta e professora universitária, sem filhos; casada com Odilon, 35 anos, arquiteto e professor universitário, sem filhos).

Foi assim... Porque ele não tem nenhum [filho]. Aí eu... decidi, falei com ele, nós conversamos. Eu falei com ele que já que ele não tem, era pra gente tentar. (Judite, 32 anos, empregada doméstica, tem dois filhos; casada com Néilson, 27 anos, ajudante de pedreiro, sem filhos).

Olha, demorou um pouco. No início eu não estava, vamos dizer assim, eu não estava preparada para ser mãe. Mas teve uma hora que tocou, vamos



dizer assim. Foi aos poucos. Todo mundo tem o sonho de ser mãe, mas eu, vamos dizer assim, não estava *preparada* (frisa) para ser mãe. Agora que veio assim, aquela vontade. Com mais tempo de casamento eu vi o que é uma criança. (Liana, 27 anos, decoradora de festas, sem filhos; casada com Décio, 33anos, enfermeiro, sem filhos).

Para as informantes acima o momento da maternidade foi fruto de um planejamento por parte da mulher e/ou do casal, no sentido de uma escolha do momento mais adequado para a procriação.

#### 4.4.2.3 O(s) significado(s) da Paternidade – Ser pai é...

...é tudo

Pai é tudo, né? Pai tem que ser amigo, tem que ser... né, tem que ficar nos momentos... Em todos os momentos, ao lado do filho, né, porque hoje em dia... Antes era assim, quanto mais hoje, né? E... hoje em dia as coisas tá muito fácil, muito fácil. Eu na minha época, eu... Sempre as coisas eram mais difíceis, as coisas vai evoluindo, cada ano que passa vai, já evolui mais, né? Você vê como está as coisas aí... Adolescente de 17, 15 anos, vai tudo pra um mundo perdido, né? Então a gente tem que estar mais ainda ao lado do filho pra que isso não venha a acontecer. Educar bem, ficar do lado. Tem que ser amigo, tem que compartilhar, né? (Agenor, 43 anos, repositor de estoque de supermercado desempregado, sem filhos; casado com Celeste, 35 anos, vendedora, tem um filho).

Pra mim ser pai é tudo... É... Além de amar, você está perto, cuidando. É você ser amigo, o seu filho poder contar com você. É você poder dar ao filho aquilo que você não pôde ter, tentar dar o melhor pra ele, e ter o carinho, o cuidado. (Irineu, 34 anos, tecnólogo em gestão de comércio, tem uma filha; casado com Cibele, 33 anos, operadora de caixa desempregada, tem dois filhos).

...um presente de Deus

Eu vejo como a Bíblia diz, que ter filhos é receber um presente de Deus. Eu vejo que mesmo sem merecimento Deus dá um presente pra gente. Vejo isso como um desejo que Deus já deixou no coração do homem porque Deus que instituiu a família. Eu vejo isso como uma maneira até de nós entendermos o ensinamento de Deus por nós e a maneira de nós experimentarmos isso - o que Deus sente por nós e o sentimento que nós temos por um filho. Entendo isso como um presente de Deus; é uma responsabilidade. É assim que eu vejo. (Tales, 34 anos, consultor de negócios, sem filhos; casado com Anália, 33 anos, fisioterapeuta, sem filhos).

...amor

Ah, ser pai pra mim é amor, é amar. Como eu já disse, eu tenho dois sobrinhos que eu amo como filho, eu vi nascer e crescer. Um fez 15 anos agora há pouco tempo, a menina e o menino fez 13. Eu amo e eles me respeitam como se fossem meus filhos realmente. Então eu vejo assim, são meus sobrinhos, eu já amo desse jeito, quem dirá os meus filhos... (Moacir, 31 anos, técnico em meio ambiente, sem filhos; casado com Selma, 30 anos, manicure e cabeleireira, sem filhos).

É ter o filho, o pai segurar para carregar, sair com a pessoa, né? Se for homem carregar para o campo de futebol, se for menina carregar também, brincar... (Ele ri). Ser pai é cuidar, dar carinho e dar amor. (Nélson, 27 anos, ajudante de pedreiro, sem filhos; casado com Judite, 32 anos, empregada doméstica, tem dois filhos).

...um sonho

Pra mim ser pai é um sonho, né? É uma realização. É... sei lá, nem dá para explicar... (Décio, 33 anos, enfermeiro, sem filhos; casado com Liana, 27 anos, decoradora de festas, sem filhos).

Ah, hoje, ser pai é... O que eu falei... É muita responsabilidade. Como eu falei ser pai é... (Pausa). É tanta coisa... Ser pai é... (Pausa)... É um sonho, é uma... (Pausa)... É uma curiosidade... tremenda, a gente não sabe como é que ele é, como é que vai ser... A gente fica lidando com criança assim, às vezes tem uns meninos lá, que vai lá em casa, e tem um que é mais levado que os outros. Eu fico olhando pra ele assim e penso: 'Rapaz, como é que vai ser meu filho, né, como é que eu vou lidar, saber lidar com isso, esse menino levado, faz lenha à beça', eu dou risada à beça com ele. Eu ia ficar eu acho que, é um sonho, eu ia ficar muito feliz com isso, ter um filho. E ter um filho ali que é um pedaço de mim, que saiu de dentro de mim... Muito interessante. (Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos; casado com Heloísa, 32 anos, autônoma, sem filhos).

A atitude de um entrevistado diante dessa pergunta dá mostras de quão intenso e angustiante pode ser o desejo pela paternidade para um homem infértil, tal qual o desejo pela maternidade. As palavras escassearam, os olhos marejaram de lágrimas e após longa pausa com o olhar fixo ao chão, ele respondeu:

Pra mim... Ser pai... É meu maior sonho... Eu faria tudo... (Alfredo, 29 anos, assessor na Câmara de vereadores, sem filhos; casado com Lavínia, 28 anos, técnica em radiologia, sem filhos).

É de expressivo significado as falas dos homens acima no sentido de ruptura com os paradigmas de gênero, pois ao se referirem às suas percepções e construções do ser pai, eles invocaram os mesmos atributos de significado elencados pelas mulheres da pesquisa: É Tudo, É Sonho, Presente de Deus/Milagre e Amor. Talvez isso seja demonstrativo do surgimento

dos “Novos pais” conforme alude Badinter: o pai abandonou a sua figura autoritária e identifica-se cada vez mais com a mulher, isto é, com a mãe e aparece, sobretudo entre os homens mais jovens um desejo de maternagem ou mesmo de maternidade. Esse novo pai, fruto quiçá de uma “revolução da mentalidade masculina”, participa da gravidez e das alegrias do nascimento, bem como das tarefas diárias da maternagem, outrora reservadas à mãe.<sup>276</sup> Neste mesmo sentido, para o psiquiatra Serge Hefez, falar do pai é evocar duas instâncias profundamente heterogêneas, as quais ele denomina de “os papais” (“les papas”) com “p” minúsculo e “os Pais” (“les Pères”) dotados de “P” maiúsculo. Segundo Hefez, o papai é facilmente reconhecido porque é aquele indivíduo que acompanha a criança na vida cotidiana, desde empurrar o carrinho até trocar as fraldas, independente da natureza do laço que os liga – este pode ser biológico, adotivo ou de recomposição. Na verdade, o lugar do papai se funda sobre uma ligação afetiva reconhecida pela criança, uma vez que são elas quem transformam os pais em papais (les pères en papas) e lhes permitem desenvolver as competências ditas “maternais”. Em contraposição, o Pai teria a função simbólica da transmissão, principalmente do “nome da família” e a garantia da lei e da autoridade; um Pai todo-poderoso encarregado de proteger, de transmitir e de separar a díade mãe-filho. Hefez observa, na sua prática de terapia familiar, o surgimento de muitos conflitos internos entre “os Pais” e “os papais”, ou seja, entre a ordem simbólica do Poder Paternal, durante longo tempo incontestável, e o movimento social contemporâneo (ainda que não em todos os meios) de partilha dos cuidados e decisões entre o casal sobre os filhos. Ele conclui que, embora as interações entre o antigo e o novo possam ser dolorosas, é indispensável o rearranjo dos papéis de gênero para que homens ou mulheres, pais ou mães possam efetivamente, e de forma igualitária, participar em conjunto dos cuidados com as crianças.<sup>277</sup>

Na presente pesquisa, o modo como homens e mulheres lidaram com a exposição dos seus sentimentos foram coincidentes entre os gêneros, o que me causou alguma surpresa, pois houve uma disposição significativa dos homens de “falar” até mesmo de assuntos bastante íntimos e de participar, bem como as suas parceiras. Alguns depoimentos de mulheres e homens foram acompanhados de lágrimas e choro franco, como os de Lavínia, Melina, Áurea

---

<sup>276</sup> BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985, p. 362.

<sup>277</sup> HEFEZ, Serge. Au nom du père. In: WALZER-LANG, Daniel; ZAUCHE-GAUDRON, Chantal. *Masculinités: état des lieux*. Toulouse, Édition Érès, p.69-78, 2011.

e Alfredo. A fala de Saulo torna-se paradigmática pela sua referência à construção corporal da paternidade: “Um filho que é um pedaço de mim, que saiu de dentro de mim”, o que evoca uma espécie de desejo *natural* e visceral pela paternidade, tal qual a maternidade.

...educar e transmitir amor

Segundo os três participantes a seguir, a paternidade está relacionada à transmissão de valores e sentimentos, à perpetuação da linhagem familiar e o pai, sem prescindir da sua autoridade na imposição de limites junto ao filho também teria o papel de educador:

É, ser pai é isso... É você educar, transmitir amor, carinho, é isso, dar valores, essas coisas. Porque tudo tem um momento, um limite. Se você faz a vontade de uma criança o tempo todo, a qualquer momento, uma certa hora que você falar não pra ela, ela vai acabar, né... até te agredindo, te dando um tapa na cara, uma coisa bem frustrante. Eu acho que é isso. (Edmundo, 28 anos, técnico em enfermagem, sem filhos; casado com Teresa, 32 anos, guarda municipal, sem filhos).

Ser pai pra mim é passar o que o meu pai passou pra mim e passar para os meus filhos, principalmente porque eu perdi o meu pai há pouco tempo, entendeu? E foi aqui dentro deste hospital, por isso eu não gosto nem de passar aqui em frente. (Floriano, 35 anos, instrutor de autoescola, sem filhos; casado com Áurea, 33 anos, assistente administrativo, sem filhos).

Pai? Eu acho que... Assim... Eu tenho muito dentro de mim assim, esse conceito de professor, de passar, de explicar, de falar, de conversar. Eu acho que é o objetivo de passar o conhecimento que eu tenho, de... de ensinar, de educar, de transmitir o patrimônio físico, material, tudo. E você ter aquela pessoa que você vai cuidar e vai ser o responsável pelo caminho que ela vai seguir. Então... Eu faço isso com os meus alunos, mas é... É diferente, né, de você ter um filho e você ter uma criação e ter um direcionamento. Seria o fato de o que eu produzir não ficar... jogado, ter aquela continuidade. É, seria a perpetuação da minha vida, da minha existência. A minha existência ficaria perpetuada na existência dela [da esposa] e do filho, e do filho em diante vai se mantendo. (Odilon, 35 anos, arquiteto e professor universitário, sem filhos; casado com Melina, 44 anos, arquiteta e professora universitária, sem filhos).

É perceptível, através dos discursos acima, que o desejo da paternidade situa-se para além da mera capacidade reprodutiva, pautando-se, assim, na capacidade de criar, educar, sustentar uma criança tomando para si a reponsabilidade pelo outro, pelo filho. A fala de Odilon, por sua vez, sobre a paternidade como desejo de descendência, encontra respaldo em

Héritier. Segundo a autora, ao nascer, a criança não existe como ser humano único e inteiro; ao contrário, o que assegura a sua completa existência é a atribuição de uma identidade social marcada pelo nome que lhe atribuem e a partir da sua inscrição em um determinado grupo. Assim, o desejo e o dever de descendência enquanto um elemento de status e de responsabilidade do adulto teriam mais relevância do que propriamente um desejo de realização do filho. Ser honrado em vida e depois da morte, entre os Chagga, por exemplo, supõe ter cumprido seu dever de procriação e ter tido uma descendência viável, que permita aos ancestrais continuar a existir.<sup>278</sup>

A decisão do momento da paternidade e do projeto de parentalidade foi discutida entre os homens usuários do serviço de reprodução assistida. A partir da minha indagação, a maior parte dos entrevistados relatou que o desejo de se tornarem pais surgiu há “pouco tempo” ou “depois do casamento”:

É porque assim, eu nunca assim, me vi sendo pai sem ter uma pessoa que... realmente que eu gostasse e ou que... Aí assim, depois dos 38, 39 anos que eu despertei... porque antes eu não pensava, não tinha essa vontade não. Sempre foi a partir daí e... mas eu tinha certeza que com o primeiro relacionamento não tinha chance, entendeu? Eu sabia que não tinha chance. Pra mim, aquele negócio, assim: viver com uma pessoa e ter [filho] com outra pessoa é difícil, eu nunca pensei nisso aí. Tem muitos que pensa, né, mas eu nunca pensei. Então, eu pensava assim: amanhã ou depois se Deus, né, permitir que venha uma outra possibilidade... uma chance, e que é essa agora, eu... a gente vai... porque vai ser com todo o prazer. (Agenor, 43 anos, repositor de estoque de supermercado, sem filhos; casado com Celeste, 35 anos, vendedora, tem um filho).

O desejo de ser pai foi agora pouco tempo, né? Logo depois que a gente casou... No começo quando eu tava com ela, eu queria muito ter um filho, mas eu achava que não tava na hora, eu achava que tinha que ter uma estabilidade melhor e tal e tudo mais. Eu queria ter um filho, mas eu via meus irmão com filho e achava muita responsabilidade. Eu via a dor de cabeça que eles tinham com os filhos e a falta de conhecimento pra dar educação pro filho... Eu ficava vendo aquilo ali, eu ficava pensando pra mim... Eu novo... Eu casei com 24 e... Eu ficava pensando assim: ‘Gente, as pessoas não sabem educar filho’, e... e... Eu tinha consciência disso já e... Eu aprendi muito, muita coisa eu sei por causa disso, porque eu ficava observando meus irmãos com a criação deles... com a criação dos filhos deles. Hoje eu vejo muitos dos meus sobrinhos de cabeça virada, faz coisa que não deve, por causa da criação dos pais, da mãe, porque tudo influi na educação... no futuro do filho. Quando o filho faz uma coisa de errada, ali,

---

<sup>278</sup> HÉRITIER, Françoise. A Coxa de Júpiter. Reflexões sobre os novos modos de procriação. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.8, n.1, p.98-114, jan. 2000, p.102-103.

eu creio que é alguma coisa... É... Alguma coisa deu errado ali. E essa questão de ter filho foi agora há pouco tempo atrás aí. (PAUSA). Eu... que eu fui saber que eu queria ter um filho mesmo, que chegou... Tipo, o homem demora muito a amadurecer, a mulher amadurece rápido, o homem demora muito a amadurecer. É por isso que o pessoal fala, que quanto o homem mais velho mais experiência tem. E isso é verdade mesmo, porque o homem demora muito a amadurecer. A gente vê isso desde a criança, né? Tem uns que amadurece mais rápido, tem outros que demora a amadurecer. Eu fui um dos que demorei mais. Eu mesmo ficava assim, falava assim: ‘Caramba!’ Demorei a pensar nisso pra caramba. Mas cada um é de um jeito. Aí veio o desejo de ser pai depois do casamento, mais ainda depois que eu comecei a lidar com criança (na igreja). Mais. Aí que aflorou mesmo, aí que... que... o negócio mesmo se multiplicou, a vontade, entendeu? Eu sentia necessidade de ter um filho, entendeu? De criar... Botar no mundo pra dar uma educação legal... e... ser um homem de respeito, digno. (Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos, casado com Heloísa, 32 anos, autônoma, sem filhos).

Eu quis ser pai depois que eu conheci a Judite, mas foi mais depois que nós descobrimos que ela podia me dar um filho. (Nélson, 27 anos, ajudante de pedreiro, sem filhos; casado com Judite, 32 anos, empregada doméstica, tem dois filhos).

Foi a partir do momento em que eu fui ao médico operar o meu problema... Então a minha mãe falou que tinha esse congelamento [de sêmen] e ele [o médico] falou que não, que tinha que salvar a minha vida primeiro, pra depois pensar em congelamento. A partir desse momento... eu vi que... eu tinha vontade de ser pai... Assim... Sabe quando tem aquela coisa, de você não poder? Eu queria... Era uma coisa quando eu era criança; quando eu fiquei doente, eu tinha 18 anos, era muito jovem, não tinha muito essa vontade, acho que é do jovem não pensar nos outros... Mas depois do problema eu meio que... comecei a olhar diferente. Eu vejo diferente. Eu e Lavínia, a gente vê diferente – uma criança, um casal com uma criança, uma pessoa que joga o filho na... que joga fora. (Alfredo, 29 anos, assessor na Câmara, sem filhos; casado com Lavínia, 28 anos, técnica em radiologia, sem filhos).

Eu tenho o desejo de ser pai sim. Depois que ela teve o problema, nós sabíamos que seria algo difícil de acontecer, então a gente passou a querer mais esse filho por causa disso. A idade dela vai passando, a minha idade vai passando... A gente sabe que nós provavelmente não teremos de uma forma natural, mas com a ajuda médica ou divina, né? Ou as duas coisas juntas. Eu creio que as duas coisas vão estar juntas. (Moacir, 31 anos, técnico em meio ambiente, sem filhos; casado com Selma, 30 anos, manicure e cabeleireira, sem filhos).

Apenas três homens relataram que a decisão de tornarem-se pais aconteceu em tenra idade ou “desde sempre”:

Eu acho que eu já nasci com isso, aquela vontade de ter um filho, de poder cuidar, de conversar, de poder educar... Eu acho que um filho é a continuidade da família, é poder participar de tudo. (Décio, 33 anos, enfermeiro, sem filhos; casado com Liana, 27 anos, decoradora de festas, sem filhos).

O desejo de ser pai... Apareceu... É uma coisa meio surreal, eu sou meio precoce em algumas decisões na minha vida. Eu decidi muito cedo ser arquiteto, desde criança... E eu sou o filho mais novo, eu via os meus primos e tinha vontade de ter um irmão mais novo e minha mãe falava assim: 'Ah, não tem mais como ter filho, você vai ter, você vai realizar o seu sonho de ter o seu filho'. Aí ficava aquela coisa, de brincadeira: 'Quando você tiver o seu filho, você vai ter a sua criança', e... Eu sou muito precoce e desde muito criança, bem antes da adolescência, eu já tinha essa vontade de constituir uma família e de ser pai. Eu sempre tive essa vontade. (Odilon, 35 anos, arquiteto e professor universitário, sem filhos; casado com Melina, 44 anos, arquiteta e professora universitária, sem filhos).

Na minha própria educação mesmo você já, já cria essas expectativas de formar uma família, de casar, de ter filhos... Já é um desejo, desde sempre foi um desejo. Em termos de desejo desde que você já adquire uma certa maturidade e tipo... de criar uma família, ter uma educação e aí nós só aguardamos mesmo o momento. Por questões de princípio mesmo, em termos do que é a função do pai, a gente quis de fato ter uma estrutura para começar a buscar, começar a buscar efetivamente um filho. (Tales, 34 anos, consultor de negócios, sem filhos; casado com Anália, 33 anos, fisioterapeuta, sem filhos).

No que tange ao momento de tornar-se pai, em sua pesquisa com homens que procuravam um ambulatório de reprodução assistida em busca de informações e métodos de planejamento familiar ou em busca de tratamento para esterilidade, Costa sustenta que a paternidade é atribuição da masculinidade, mas de forma diversa da maternidade como atribuição da feminilidade. Os homens concebem a paternidade como um desejo que se estabelece em um determinado momento de suas vidas, geralmente após o casamento, e é um desejo que amadurece com o tempo e que está voltado para o futuro, para a descendência. Em pesquisa anterior, a mesma autora demonstra que, ao contrário, a maternidade era vista pelas suas entrevistadas como um desejo que sempre existiu – instintivo, natural, uma condição feminina essencial e a realização de um sonho do passado que se atualiza no presente.<sup>279</sup> Em contrapartida, a paternidade inaugura uma nova condição de homem adulto e provedor, análises consoantes com as obtidas entre os sujeitos participantes deste trabalho. Novamente,

---

<sup>279</sup> COSTA, Rosely Gomes. Sonho do passado versus plano para o futuro: gênero e representações acerca da esterilidade e do desejo por filhos. *Cadernos Pagu*, Campinas, n.17-18, p.105-130, 2002, p.120.

há uma subversão de gênero em três homens, que colocam o desejo de tornarem-se pais “desde sempre”.

#### 4.4.2.4 Concepções de família

As construções, significados e trajetórias dos (das) entrevistados (as) na família é bastante relevante, pois o objetivo do filho propiciado pelas tecnologias reprodutivas conceptivas é a constituição de uma organização familiar. O conceito de família que temos hoje não é unívoco e mais ainda: é uma construção historicamente recente. Na Idade Média, o sentimento da família era desconhecido, tendo surgido nos séculos XV-XVI, para atingir sua máxima expressão no século XVIII. A análise iconográfica do período revela a raridade das cenas de interior e de família, o que demonstra, segundo Ariès, a realidade moral e social de tal instituição, mais do que sentimental.<sup>280</sup> A lógica afetiva enquanto modelo familiar surgiu entre o final do século XVIII e início do século XIX, sendo o produto de importantes transformações no âmbito de revoluções sociais, econômicas e políticas. Nesse período surgiu a família nuclear, no marco da ascensão da burguesia industrial, baseada nos pressupostos do amor romântico e no apogeu dos sentimentos, e tendo no lar o refúgio da vida social. Ao longo dos séculos se constata uma variedade de fatores e práticas de organização doméstica e social responsáveis por mudanças na estrutura familiar. Assim, os modelos de família atualmente existentes suscitam diversas formas de relações entre as pessoas, como o casal com filhos, na dita família nuclear; uma mãe e filhos; um pai e filhos; casais com filhos adotivos; casais sem filhos; casais com filhos de outros casamentos, no melhor estilo “os meus, os seus, os nossos”, e, mais recentemente, a possibilidade jurídica de adoção por casal homossexual, que aliás, também podem ter os seus filhos biológicos. Vê-se então que as diversas formas de família têm se disseminado, haja vista as famílias extensas e sucessivas, decorrentes da inclusão de outros membros ou mesmo as famílias oriundas das tecnologias reprodutivas conceptivas, o que traz a necessidade de elaboração e compreensão da família à luz destes novos arranjos.

No que tange aos significados de família, as respostas por parte dos entrevistados foram unívocas. Categorias como “a família é tudo”, “é base”, “é alicerce”, foram elencadas como o demonstrativo de um núcleo de apoio e de sustentação diante das vicissitudes da vida. Os

---

<sup>280</sup> ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC, 1981.



elementos afetivos não foram excluídos, e a família figurou como o lugar dos afetos necessários e indispensáveis.

#### A família é tudo

É base, é estrutura. A família é tudo, né? A família é quando tem assim, aquela união perfeita. Pra mim não é só família de homem e mulher, não, é no geral. (Agenor, 43 anos, repositor de estoque de supermercado, sem filhos; casado com Celeste, 35 anos, vendedora, tem um filho).

Família pra mim é tudo. Família pra mim sempre foi tudo. Eu abro mão de viajar pra ficar com os meus pais. Talvez se eu não tivesse sido criada pela minha mãe, talvez eu não tivesse essa vontade tão grande de ser mãe. Mas por eu ter tido uma família boa... e... base. (Lavínia, 28 anos, técnica em radiologia, sem filhos; casada com Alfredo, 29 anos, assessor na Câmara, sem filhos).

Família é tudo, né? Abaixo de Deus é uma rocha, né? É um pedaço da gente. Eu creio que a família é a base de tudo, abaixo de Deus. É... além da família é o irmão, é o amigo, é a parentela toda, é a família que você pode contar. Pode acontecer que por pior que o filho seja, a mãe nunca deixa de gostar, nunca deixa de amar, o pai também nunca deixa de amar. Então eu acho que a família é tudo. (Irineu, 34 anos, tecnólogo em gestão de comércio, tem uma filha; casado com Cibele, 33 anos, operadora de caixa desempregada, tem dois filhos).

Família pra mim é de onde parte tudo. Eu acho que o ditado mais certo que existe é: ‘ Cultive a sua aldeia e serás universal’. Tudo o que você aprende na família você está pronto para enfrentar o mundo: ‘ Cultive bem a sua aldeia e será universal’. Se você aprender bem tudo que te ensinaram no núcleo familiar, você está pronto para enfrentar o mundo: valores de vida, educação e tudo. Em segundo lugar na escola e em terceiro lugar no convívio com a sociedade. Então aí você vai estar pronto para enfrentar o mundo. Eu não quero criar o meu filho pra mim não. Eu quero que ele abrace uma profissão, que ele seja cidadão do mundo, íntegro. (Melina, 44 anos, arquiteta e professora universitária, sem filhos; casada com Odilon, 35 anos, arquiteto e professor universitário, sem filhos).

#### A família é base, é alicerce

Pra mim é a base. É a base de tudo. É a união... Família pra mim é tudo. Não tenho o que... dizer assim... (Liana, 27 anos, decoradora de festas, sem filhos; casada com Décio, 33 anos, enfermeiro, sem filhos).

Tudo. Pra mim... É a base de tudo. (Alfredo, 29 anos, assessor na Câmara, sem filhos; casado com Lavínia, 28 anos, técnica em radiologia, sem filhos).

Pra mim família é a base de tudo... São as pessoas mais próximas que você tem, por laço sanguíneo, que... É tudo o que você tem de mais importante,

you have to value, you have to be together, in good hours and in bad... And for me the name already says: Family is the real meaning of union. (Décio, 33 years, nurse, no children; married to Liana, 27 years, party decorator, no children).

Family for me is... It's the base of everything, it's the foundation... for a life... For a happy life, for a structured life, for... preparing a good citizen, a good professional. I think everything comes from family, first of all from family. It's the base of everything. (Heloísa, 32 years, independent, no children; married to Saulo, 37 years, independent, no children).

#### A família é amor, compreensão

Family is love, is understanding, is the foundation. The foundation of a home are the parents. (Selma, 30 years, manicurist and hairdresser, no children; married to Moacir, 31 years, technician in a service environment, no children).

Family? Family means everything too. It means everything. It's respect, it's love... (Judite, 32 years, domestic worker, two children; married to Nelson, 27 years, assistant mason, no children).

#### A família é alguém para contar

Ah, family is someone you can count on, isn't it true? Counting in good hours and in bad hours because... It depends on the family, but our family is a good family, that helps a lot. When people got married, our house wasn't ready, so we stayed in the house above the parents', that they built for us. Only that after that our house was ready, people decided to be independent, but we could have stayed there in a good house, they are very good. I think family is for you to count on, isn't it? It's always someone to count on, because living alone is... bad. (Teresa, 32 years, municipal guard, no children; married to Edmundo, 28 years, technician in a hospital, no children).

Family for me is everything. It's my base... It's... the people that I can count on when I'm sad. Here my mother always supports me, my brothers too. (Inês, 37 years, at home; married to Maurílio, 40 years, taxi driver, with one child).

#### A família é criação de Deus

Family is what people understand as the first creation of God was family. Without it, people are seen as a society, and it's something that people lament mainly in today's world where values are lost. I think people need to rescue these values that were created because the world is becoming more and more, each one does what they want. (Tales, 34 years, consultant)

de negócios, sem filhos; casado com Anália, 33 anos, fisioterapeuta, sem filhos).

Não obstante todas as mudanças mencionadas acerca dos modelos de família existentes na atualidade, os informantes desta pesquisa ancoraram a noção de família ao modelo nuclear heterossexual e onde a presença de um filho adquire importância capital na própria consolidação da instituição, como veremos mais adiante. As características de cooperação, amor, amparo mútuos e alicerce para a constituição de uma existência feliz foram mencionadas pelos informantes, em detrimento do reconhecimento dos possíveis conflitos que dela certamente fazem parte. A maior parte dos entrevistados da presente amostra condenou os casais homossexuais que buscam a reprodução assistida para ter filhos e utilizaram como justificativa as repercussões sobre o psiquismo das crianças pelo fato de serem criadas “por dois pais” ou por “duas mães”. Foi recorrente a alegação de que a família criada por Deus é composta pelo homem e pela mulher e qualquer arranjo fora desses moldes representaria uma desobediência às leis de Deus e seria, portanto, condenável. Não obstante tal discurso, a maior parte das pessoas enfatizou que não condenava os homossexuais, ao contrário: era necessário ter respeito às suas orientações sexuais, porque “cada um faz da sua vida o que quer” e embora “Deus não ame o pecado, Ele ama o pecador”. Paradoxalmente, alguns participantes colocaram-se a favor da adoção de crianças por casais homossexuais, porque apesar de eles não terem o direito de constituir uma família em bases biológicas, seria facultada a formação de uma família social como uma forma de amparo e amor para “muitas crianças jogadas por aí”.

Ao introduzir o tema família entre os casais entrevistados, solicitei que contassem um pouco sobre as suas famílias de origem e as suas experiências no núcleo familiar, informações que se revelaram fundamentais na própria elaboração da identidade dos casais. O sentido de continuidade foi estabelecido por aqueles participantes que vieram de núcleos familiares felizes, pois reconheciam que desejavam criar seus filhos e moldar as suas famílias da mesma forma em que haviam sido criados. De modo contrastante, os (as) entrevistados (as) que tiveram famílias conflituosas e infelizes, tomaram o modelo parental como contraponto negativo, e, portanto deixaram bem claro que não reproduziriam tais experiências com a sua própria família. No universo de 24 pessoas entrevistadas, 15 afirmaram provir de famílias felizes e com experiências satisfatórias de amor e afeição. Ao contrário, cinco entrevistados

relataram ter vivenciado experiências difíceis e infelizes junto à família de origem, o que sem dúvida, acabou por deixar marcas em suas personalidades a ponto de três pessoas afirmarem que pretendem fazer com a família que formaram com o casamento, o oposto de tudo aquilo que viveram. Finalmente, outros quatro entrevistados disseram ter vindo de famílias com dificuldades, na maior parte das vezes, financeiras, mas não lhes faltou amor e carinho, por isso reconheciam pertencer a um núcleo familiar original feliz. A seguir alguns depoimentos de entrevistados oriundos de famílias originais exitosas:

Eu venho de uma família feliz e dou graças a Deus por isso. Vim de uma família humilde, mas com muita fartura, meus pais nunca deixou faltar nada, entendeu? E são casados e unidos até hoje. (Agenor, 43 anos, repositor de estoque de supermercado, sem filhos; casado com Celeste, 35 anos, vendedora, tem um filho).

Eu venho de uma família muito boa, entendeu? Porque eu fui educado, né, pelos meus pais e educado da melhor maneira possível, sempre estudei em colégio bom, entendeu, apesar de não ter uma faculdade ainda, né? Mas eu prezo muito a minha família, os meus pais, os meus irmãos, nós tivemos uma estrutura de verdade - de amor, de carinho. Os nossos pais [refere-se aos seus pais e aos pais da esposa] nunca se divorciaram, dos dois; também foram casados uma vez só, não temos irmãos também de outros pais, de outros relacionamentos... (Edmundo, 28 anos, técnico em enfermagem, sem filhos; casado com Teresa, 32 anos, guarda municipal, sem filhos).

Eu vim de uma família tradicional, um pai, uma mãe, um irmão, né, classe média... É... Dois filhos, taxa de crescimento igualada à zero, né, porque dois que estão gerando dois... Com primos, a típica família padrão. (Odilon, 35 anos, arquiteto e professor universitário, sem filhos; casado com Melina, 44 anos, arquiteta e professora universitária, sem filhos).

Eu venho de uma família feliz. Os meus pais são separados desde que eu tinha uns 13, 14 anos, mas a minha mãe nunca transpareceu: ‘ Ah, o seu pai é ruim’, entendeu? Desde adolescente eu já era ciente das coisas, que o meu pai bebia... e, gosta de jogar. O meu pai não era muito família, entendeu? Não que deixasse de amar a gente, mas não era muito família. Se ele tivesse que ficar no bar bebendo até seis horas da manhã, ele ficava, bebendo, não se preocupava muito em estar em casa ou com o que estava acontecendo em casa. Totalmente diferente do que eu e meu marido queremos passar para o nosso filho. (Áurea, 33 anos, assistente administrativo, sem filhos; casada com Floriano, 35 anos, instrutor de auto-escola, sem filhos).

Eu tive uma infância feliz, mas o meu pai nunca viveu com a minha mãe. Eram sete irmãos, mas um morreu e somos muito unidos. Minha mãe deu muito carinho a gente, apesar que ela ficava... ficava mais distante, quem tomava conta da gente mesmo era nossa irmã... Nós passamos assim, passamos necessidade logo assim ela adoeceu, depois que ela deu derrame cerebral,

mas mesmo com um lado parado ela faz tudo: anda sozinha, lava roupa, toma conta das netinha, faz tudo. Nós passamos por muita dificuldade, mas carinho e amor a minha mãe nunca deixou faltar... (Judite, 32 anos, empregada doméstica, tem dois filhos; casada com Néilson, 27 anos, ajudante de pedreiro, sem filhos).

Para outros participantes da pesquisa, é nítida a origem familiar infeliz e embora isso seja reconhecido, não houve resistências em abordarem tais lembranças:

Eu tive uma infância muito difícil, e acho que tudo de ruim que eu tive na minha vida eu não quero pro meu filho. [Difícil em que sentido?] É... a minha família... meu pai era alcoólatra... A minha mãe não me criou porque ela tinha que trabalhar... para nos sustentar... Somos seis filhos; pra comer mamãe tinha que trabalhar e quem criou a gente foi a minha irmã mais velha. Então... eu sempre fui muito carente de mãe, de amor de mãe. (Ela fala sem mágoas ou revolta). Eu acho que é por isso que eu tenho esse amor acumulado. (Ela ri). Hoje eu me dou super bem com meus pais, graças a Deus o meu pai parou de beber, mas... eles se separaram dentro de casa, mas os dois continuam na mesma casa. Então eu acho que tudo que eu passei influencia na falta, influencia em questão do amor. A falta que eu tive eu não quero ter que passar. Então eu quero uma família totalmente diferente da qual eu tive - não perfeita, porque ninguém é perfeito, mas eu quero tudo aquilo que eu não tive, eu quero passar para o meu filho, em questão do amor. (Selma, 30 anos, manicure e cabeleireira, sem filhos; casada com Moacir, 31 anos, técnico em meio ambiente, sem filhos).

Eu tive uma família não muito feliz. Os meus pais, quando eu fui entender das coisas, a ter entendimento de algumas coisas, meus pais já eram separados. Vivia na mesma casa, mas só que já eram separados, tipo: eles não tinham vínculo nenhum, os dois. E eu em criança... Eu tinha uns oito anos, eu acho e eles já era separado, não tinha vínculo nenhum mais entre eles. Eu, como criança percebi, porque criança percebe e isso não sai da minha mente. Eu percebia ali, a... a falta de afinidade entre os dois. E creio que essa questão de afinidade, amor, no casal, e a união do casal, influencia muito a criança desde bebezinho. Com certeza é uma coisa que eu aprendi, que eu não vou... que eu não vou botar desunião na minha família. O que eu não vou fazer, eu aprendi muito. Tudo que eu fiz na minha vida, as coisas ruins que eu fiz na minha vida, eu não vou... É, pelo contrário, vou tentar fazer, mostrar diferente da minha família, do meu pai e da minha mãe. As coisas ruins eu vou... eu vou transformar em coisas boas e as coisas boas vou procurar tornar melhores ainda. Com tudo isso, meu pai... meu pai e minha mãe formaram meu caráter. Eu creio que o pai e a mãe formam o caráter da gente. Minha mãe então, nem se fala, minha mãe foi uma guerreira, minha mãe foi uma leoa. Tenho muito orgulho da minha mãe, muito orgulho mesmo, criou cinco filhos comigo e criar cinco filhos não é brincadeira... Eu tenho muito orgulho dela, do meu pai também, mas meu pai era muito brutão, entendeu? Muito... Muito fechado... Foi muito ruim a educação dele... morava mal, foi criado mal, sem pai... Então tudo isso... Ele... Ele não conseguiu fazer essa... essa... fazer diferente. É, ele não

conseguiu. Eu não sei porque, mas ele não conseguiu. Eu não sei por quê... (Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos; casado com Heloísa, 32 anos, autônoma, sem filhos).

Ah, a minha família é meio... meio complicada. É bem diferente da dele [da família do marido]. Eu... é... a minha mãe engravidou de mim namorando e nunca... conviveu com o meu pai e aí... quando eu tinha quatro anos ela casou de novo... (Ela torna-se reticente para falar, o que espelha o seu sofrimento). Aí arrumou cinco filhos com esse casamento... Eu fui violentada pelo padrasto... Minha história é bem triste... (Após uma pausa, ela continua): Aí eu ajudava a minha mãe, que eram cinco crianças, tudo uma atrás da outra, porque ela teve escadinha... Eu acho que eu tinha uns sete anos quando ela teve o primeiro [filho], então eu ajudava ela a cuidar... E quando eu completei 15 anos ela veio a falecer. Eu fiquei sozinha, porque meus irmãos ficaram com a família do pai, com a avó por parte de pai. Então, logo que a minha mãe faleceu, eu casei. Eu fui morar com um rapaz que eu namorava já e aí eu lutei. Por eu ser de menor eu não podia pegar meus irmãos. Aí quando eu completei 18 para 19 anos eu consegui na Justiça a guarda dos meus irmãos. Eu fiquei com três, os dois já eram mais velhos, não precisavam de guarda. Depois cada um foi pro seu canto: um irmão que eu não criei, faleceu. As duas mais novas se casaram e hoje elas moram próximas e tem os meus irmãos que estão casados. Eu nem gosto de falar desse assunto, porque vem tudo na minha cabeça e eu começo a chorar. (Eu imediatamente peço desculpas pela pergunta). (Cibele, 33 anos, operadora de caixa desempregada, tem dois filhos; casada com Irineu, 34 anos, tecnólogo em comércio varejista, tem uma filha).

Quando eu era criança, até a minha adolescência eu passei muitas dificuldades, né? Minha família não é uma família de condições financeiras muito boas. Graças a Deus eu estudei um pouquinho mais que meus irmãos... Graças a Deus consigo viver um padrão de vida, assim, *não* (Frisa) bom, mas graças a Deus chega a ser uma classe média, né? Então eu quero dar ao meu filho o que eu não tive, até em questão de amor. Eu não tive tanto amor é... quando eu era criança, entre o meu pai e minha mãe. Eles eram casados na época, né, hoje eles infelizmente se separaram depois de... de anos juntos, infelizmente. Eu já era adulto quando eles se separaram, mas mesmo quando eu era criança eu não tive o amor, assim, da minha mãe, do meu pai... (Ele fala sem mágoa ou raiva, é apenas uma constatação). Eu não tive uma família feliz, então eu quero proporcionar ao meu filho o que eu não tive e não querer que ele passe pelo que eu passei, né? Porque... foram passadas muitas coisas tristes, né, e como eu falei, a falta de amor, a falta de afeto que eu tive no passado... então isso influencia muito pra... Porque na vida a gente aprende muito com os erros, né? Nem sempre com os *ossos* erros, mas com os erros das pessoas. A gente vê os erros das pessoas e procura não cometer os mesmos erros; então a gente assimila tudo isso, a gente não quer fazer o que aquela pessoa está fazendo. Então eu procuro, eu quero reverter esse quadro, usar a... desgraça pra obter a graça, vamos dizer assim, né? Usar isso como propulsão para eu fazer a diferença. E o amor de Deus também entra na nossa vida, né, e a gente começa a perceber coisas diferentes. (Moacir, 31 anos, técnico em meio ambiente, sem filhos; casado com Selma, 30 anos, manicure e cabeleireira, sem filhos). (Grifos do entrevistado).

A minha família não foi muito feliz, porque o meu pai não deu amor nenhum pra gente... e a minha mãe teve que deixar a gente muito cedo pra trabalhar. Eu tinha sete anos quando a minha mãe saía pra trabalhar, então... aquele laço de... de família ali... vindo no dia a dia... eu não tive amor. Minha mãe teve que sair de casa pra ganhar a vida, pra sustentar a gente: tinha eu com sete, minha irmã com 13, outra com 15, então... era minha irmã mais velha que cuidava da gente. Eu acredito que quando eu tiver o meu filho, eu vou poder ser amiga, ser mãe, ser companheira dele também, e eu quero muito ser. Eu... vou procurar ser... é... o oposto do que meus pais foram. Então... eu acho... eu acredito... assim, eu procuro... Eu idealizo assim, procurar ser o que meus pais não puderam ser pra mim, talvez porque não puderam ou porque não quiseram... (Heloísa, 32 anos, autônoma, sem filhos; casada com Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos).

Em muitos depoimentos acima foi constante a referência à ausência física e moral de um ou de ambos os genitores, por razões de ordem econômica (necessidade de sustento e sobrevivência) ou mesmo por escolha. Mesmo não tendo sido criadas por suas mães, os depoimentos de Heloísa, Selma e Judite não parecem carregados de mágoas por elas terem sido criadas pelas irmãs e tal fato não se constituiu em empecilho à lealdade e atenção aos genitores. De forma similar, embora oriundos de famílias conflituosas e com diversos tipos de dificuldade, eu não percebi raiva, revolta e/ou mesmo descontentamento contra os pais por parte dos demais informantes.

O significado de um filho na família e no relacionamento foi abordado com o objetivo de apreender as expectativas do casal quanto à possível chegada de uma criança entre eles em face da própria conjugalidade. Foi unânime entre os participantes uma perspectiva de felicidade e de completude, admitidas, contudo, as mudanças na própria dinâmica familiar diante de um novo membro.

#### Um filho é Alegria

Um filho é tudo, significado de felicidade, só de alegria e felicidade. Eu acho que eu posso passar qualquer situação – financeira, qualquer coisa, mas o filho vai suprir tudo. Pra mim sempre foi assim. E tô aqui lutando, pra tudo, pra tudo, se Deus quiser. E Deus vai me ajudar... É o milagre que Deus faz. Ele me trouxe aqui não foi por acaso, e no momento certo, com a pessoa certa. E não tem momento pra eu orar, pedir a Deus: em qualquer lugar. Eu tô na cozinha eu converso com Deus, no ônibus, eu tô ali quietinha... Você não precisa falar, é só pra Ele. E com um filho eu acho que entre nós vai ser pra melhor. É até impossível, porque graças a Deus meu relacionamento é maravilhoso, mas eu acho que até pra melhor, vai ser pra melhor. Vai unir

mais, unir mais, com certeza. (Celeste, 35 anos, vendedora, tem um filho; casada com Agenor, 43 anos, repositor de supermercado, sem filhos).

Um filho é muito bom, né? Traz alegria pra casa, une mais até as pessoas... (Nélson, 27 anos, ajudante de pedreiro, sem filhos; casado com Judite, 32 anos, empregada doméstica, tem dois filhos).

Ah, meu Deus... O significado... Gente, eu não sei responder nem a uma pergunta!(Ela ri). O significado de um filho, gente... É uma nova vida... uma nova vida. Vai ser muito amado porque todo mundo espera, né? Já estamos esperando a alguns anos que venha uma vida aí, um bebezinho... Hoje sou só eu que falo... eu falo mais do que ele... Eu acho que isso vai mudar... Porque assim, nós somos um casal muito quieto. Nossa casa é um silêncio... É um estudando, outro estudando também, lendo alguma coisa... Então a casa vai ficar... Vai ser a alegria, entendeu? Vai ser aquela hora de rir, de descontrair, porque se você levar uma vida inteira, já pensou, sério, estudando... você vai morrer! A gente vai morrer de estresse porque... são tantos problemas, cada dia surge mais, você... tem que ter uma hora pra você se distrair, desapegar dos problemas... Eu acho que vai ser a alegria da casa. (Teresa, 32 anos, guarda municipal, sem filhos; casada com Edmundo, 28 anos, técnico em enfermagem, sem filhos).

Um filho no casamento? Ah, é um colorido, né?(Sorri). É uma alegria (Sorri). Você saber que aquela pessoa é a pessoa que você mais ama no mundo... (Ela chora emocionada). Eu falei com Dr. Estevão: Eu hoje estou vivendo o melhor momento profissional da minha vida, o melhor momento pessoal, com o meu corpo, com a minha cabeça... Um filho seria tudo! Seria “a” cereja do bolo na minha vida hoje. Complementaria... Ah, traria muita, muita alegria. Muita, muita emoção. (Melina, 44 anos, arquiteta e professora universitária, sem filhos; casada com Odilon, 35 anos, arquiteto e professor universitário, sem filhos).

## Um filho é União

Eu acho que a chegada do filho vai trazer muitas mudanças sim. Eu acho que a gente vai ficar mais unido, mais do que já estamos, o vínculo melhora. Essa questão de espera de ter um filho também incomoda um pouco a afinidade dos dois, a frustração incomoda o casal. Falta e incomoda, mas ela nunca me cobrou nada não... Então, eu não sei, porque a gente já é muito amigo, muito unido, mas o filho vai coroar a nossa união, vai selar o que está faltando. Vai completar o que está faltando, vai completar agora. (Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos; casado com Heloísa, 32 anos, autônoma, sem filhos).

Eu acho que a chegada de um filho vai nos unir mais ainda, eu acho que nós vamos viver melhor ainda, como uma família realmente, né? E o casal quando é... quando são os dois, não é... não se acha que é uma família realmente. Então quando a gente tem um filho a gente se vê mais como família, a gente vê que nós realmente construímos e constituímos uma família. A gente se constitui família com a chegada de um filho. (Moacir, 31



anos, técnico em meio ambiente, sem filhos; casado com Selma, 30 anos, manicure e cabeleireira, sem filhos).

O que significa um filho no casamento? Bom, eu acho bom, né? Eu acho que vai ser união... pelo menos vai ter o pai junto, o pai vai tá ali pra ajudar a criar. Porque eu tive meus dois [filhos], eu não... eu não... nunca dependi do pai deles. Até foi um lá em casa, depois que o menino tava grande, que ia... até... assumir o menino, mas só queria assumir se eu voltasse, eu falei que não queria. No meu primeiro filho a minha mãe me ajudou muito, o segundo ela não ajudou muito não. Tadinho do meu filho, penou à beça. Com um mês ele comeu até arroz com caldo de feijão. Com um mezinho de nascido ele comeu arroz com feijão porque eu não tinha dinheiro pra comprar o leite... aí ele comeu. Mas graças a Deus tá lá grandão, tá maior que o mais velho. Então eu sempre trabalhei, eu fui à luta e minha mãe também criou a gente tudo sozinha. (Judite, 32 anos, empregada doméstica, tem dois filhos; casada com Néilson, 27 anos, ajudante de pedreiro, sem filhos).

Um filho é o complemento e a concretização da família, é a consolidação do casamento.

Um filho completa o casal, eu acredito. Porque eu tenho a minha vida assim: antes do meu filho e depois do meu filho. Acho que mudou tudo. É muito *bom* (Grifo da entrevistada). É muito bom, assim, o jeito de pensar as coisas, tudo muda. Eu me tornei uma pessoa assim, mais amável, passei a aceitar mais as coisas. A gente renuncia a muitas coisas, tudo é o filho primeiro e depois vem o resto. Por isso que eu conto: a minha vida antes dele e depois dele. E fortalece mais a união do casal tendo um filho. O filho une o casal, é mais família, né? Eu acho que quem busca aqui [o Centro de Infertilidade] quer ter família, quer continuar a família, né? E a família hoje continua muito importante. (Inês, 37 anos, do lar, casada com Maurílio, 40 anos, taxista, têm um filho juntos).

Além de ser um pedacinho do casal, eu acho que um filho completa aquele vazio, né? Porque às vezes tem o contato do casal, fica um certo silêncio, mas tendo criança... não vai ter o silêncio. Eu acho que completa sim, eu creio que completa o vazio que falta entre o casal. É... aí une mais a família. Unir a família, multiplicar... (Irineu, 34 anos, tecnólogo em gestão de comércio, tem uma filha; casado com Cibele, 33 anos, operadora de caixa desempregada, tem dois filhos).

Um filho vai concluir a família, porque eu e meu marido somos um casal e tendo um filho será uma família. Eu acho que será um sonho, né? Ele [o filho] vai concretizar o sonho, então o fato de *ter* (grifo da entrevistada) mais um sonho realizado, entendeu? O filho vai chegar e vai completar mesmo... a minha vida no caso. Eu vou ser mãe, vou ser... logo, assim espero. (Selma, 30 anos, manicure e cabeleireira, sem filhos; casada com Moacir, 31 anos, técnico em meio ambiente, sem filhos).

Assim... Um filho é o que eu preciso, é o que a gente precisa, porque é muito difícil. Eu vivo bem com ela [com a esposa], mas é muito difícil... por esse sonho, por essa vontade... Mas como a gente tem essa vontade [de ter

filhos] é difícil o não ter. Eu também acho que o filho seria uma consolidação do casamento. Então o filho traria mais compromisso, eu saberia que ela está ocupada com meu filho e assim, trabalharia mais, correria mais atrás... pra dar o melhor pra ele, entendeu? (Alfredo, 29 anos, assessor na Câmara, sem filhos; casado com Lavínia, 28 anos, técnica em radiologia, sem filhos).

Um filho é o complemento de um lar feliz. É a realização de um sonho. (Heloísa, 32 anos, autônoma, sem filhos; casada com Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos).

É coroação de um relacionamento. É... é... como se fosse o presente maior, é o fruto maior, é a complementação. Seria tudo. Tudo. O resto a gente compra, a gente consegue, a gente luta, mas isso... É... Isso não tem como, né? Carro novo, casa nova, viagem e outras realizações, é só trabalhar, juntar dinheiro, comprar e fazer e arrumar tempo. Agora, é... isso é o ápice, é o fechamento, é o fruto de um relacionamento que completou. É um ciclo, é o final de um ciclo que se a gente não completar, ele vai estar aberto. Se vai ter que precisar de ajuda de outra pessoa, ou alguém vai ajudar a gente, como Dr. Estevão está tentando nos ajudar, né? É só o fechamento de um ciclo, que se não tiver esse fechamento vai... E realmente isso eu não vou negar: eu vou ficar frustrado. Se eu não tiver um filho eu vou ter uma frustração o resto da vida. Vai ser aquele... aquele calo no sapato. (Odilon, 35 anos, arquiteto e professor universitário, sem filhos; casado com Melina, 44 anos, arquiteta e professora universitária, sem filhos).

Um filho no casamento é... vamos dizer que seja... é... as pessoas namoram, casam pra formar uma família. Então o filho seria, vamos dizer assim, não vou dizer o ápice, mas seria ali a formação da família. Porque até... não estou dizendo que o homem e a mulher não seja uma família, que o casamento não seja uma família. É uma família, mas o filho seria a concretização da família, seria um laço que formaria a família. Fecharia ali aquele círculo porque... é... Tem um casal, mas quando tem um filho, ali se formou, se fechou um ciclo. (Décio, 33 anos, enfermeiro, sem filhos; casado com Liana, 27 anos, decoradora de festas, sem filhos).

## Um filho é a continuidade

Filho no casamento... Pra mim é continuidade, né? Pra mim é tudo, tem que ter um filho. Isso é normal, eu acho que já... que... Tá doido! Você fica aqui, trabalha, trabalha, vai construindo a sua vida; daqui a pouco você vai embora... Então você tem que deixar o filho pra dar continuidade a si mesmo... à família, ao meu nome, ao meu sangue. Isso aí. Se eu não pensar assim, se a minha irmã não pensar assim, os meus pais vão embora, nós vamos embora e acabou... (Floriano, 35 anos, instrutor de autoescola, sem filhos; casado com Áurea, 33 anos, assistente administrativo, sem filhos).

As categorias completude, complemento, consolidação da relação conjugal e da família aparecem em oposição à falta, à ausência de filhos entre os casais deste universo. Inês supervaloriza o seu papel de mãe em detrimento de todos os outros e traz as mudanças operadas em sua personalidade, a partir da sua fala “de que a sua vida pode ser contada antes e depois” da vinda do seu filho. Há novamente a retomada de um apagamento das ambivalências e conflitos nas relações interpessoais no âmbito da família, pois a chegada de um filho é encarada por todos como um acontecimento sem precedentes, capaz de trazer mais alegria e união. Com efeito, é interessante atentar para a metáfora utilizada por Teresa a respeito da representação de um filho – “uma nova vida”. O recém-nascido seria a nova vida capaz de dar a ela e ao seu companheiro também uma nova vida. Ela ainda conta que hoje a casa é um silêncio e ela fala mais do que o marido. O silêncio aparece como outra metáfora: a da falta (de filhos), da tristeza, do peso da infertilidade, que, aliás, é do casal. O filho será o riso, a alegria, o elemento capaz de trazer voz ao seu companheiro que silencia diante do peso da oligoespermia. Outro informante, Irineu, alude também à representação do silêncio como a falta, como o vazio a ser completado pelo filho. Um aspecto relevante é posto por Odilon e Décio. Com discursos inicialmente opostos (o filho seria o ápice para Odilon, mas não para Décio), há concordância entre os dois sobre a expressão do filho como a concretização e consolidação da família. Os termos círculo e ciclo são utilizados por ambos, em um trocadilho que simboliza a figura daquilo que não tem início e nem fim (o círculo), mas o filho teria o poder de fechar aquilo que ainda não tem fim para eles: a sua própria ausência e a carga imposta pela infertilidade.

#### **4.4.2.5 A busca pelo filho a qualquer preço**

Neste núcleo eu englobei algumas questões que os casais têm que equacionar na sua busca pelo filho biológico, tais como: as possíveis dificuldades que enfrentaram para chegar ao “tratamento” ou ainda durante os procedimentos; se recorreram a algum tipo de ajuda fora das técnicas científicas para conseguirem o filho; se tinham receio ou algum tipo de temor em relação a algum tipo de procedimento acarretar consequências futuras para a saúde da mulher e/ou do futuro bebê. Ainda neste tópico eu faço uma discussão sobre o que eu denominei de “As negociações da conjugalidade”: na luta pelo sonho e pelo desejo de ter um filho que seja “do casal”, vale tudo? Como os envolvidos veem a recepção de material biológico – óvulos e espermatozoides – uma vez que tais trocas são plenamente facultadas pelas técnicas de

reprodução assistida e em muitos casos, são o recurso derradeiro em prol da realização do desejo de filhos biológicos? Então, eu desejo entender como os casais resolvem isso. É importante destacar que as respostas obtidas pertencem ao plano discursivo, pois como cada pessoa vai de fato decidir isso, só compete ao casal e à equipe, resguardados os limites éticos. A questão da adoção também veio à tona, na medida em que alguns casais acenaram espontaneamente com tal possibilidade, porém outros a negaram peremptoriamente. Então o filho biológico versus o filho social surgiram como elemento profícuo nas negociações da conjugalidade e na própria constituição e legitimidade da família. Por fim, qual o limite do sonho? O que o casal pensa a respeito do número de tentativas de fertilização para ter o filho biológico? Quais as condutas pretendidas diante das tentativas? Existirá um limite? Qual? E ainda: será estabelecido por quem? É interessante perceber que essa última questão também integrante de um plano discursivo, me permitiu entrever e especular mais uma vez as negociações entre os casais em busca do filho a qualquer preço. É o que veremos em seguida.

*Sobre os procedimentos de reprodução assistida: os caminhos e desafios.*

Neste tópico eu perguntava aos casais se haviam enfrentado alguma espécie de dificuldade para chegar ao “tratamento” no Centro de Infertilidade ou ainda durante os procedimentos. Foi bastante significativa a resposta de 17 pessoas entrevistadas (seis casais; duas mulheres e três homens) de não terem enfrentado qualquer tipo de dificuldade, nem em relação ao acesso à reprodução assistida e nem durante o “tratamento”. Como vimos no decorrer desta pesquisa, as técnicas de RHA envolvem diversos procedimentos e fases que demandam disponibilidade de tempo para as consultas e exames, inclusive em relação ao trabalho produtivo para ambos; a exigência de recepção de medicamentos indutores da ovulação, que são aplicados por meio de injeções (via subcutânea) durante pelo menos 7 a 10 dias por parte das mulheres, e que alteram de alguma forma o humor, sendo capazes de acarretar sintomas físicos; a própria realização de exames seriados (coleta de exames de sangue; ultrassonografias transvaginais periódicas, que se não são dolorosas, geram um inegável desconforto; exames invasivos, como a histerossalpingografia<sup>281</sup> em alguns casos, como parte integrante da investigação clínica na mulher e outros). Some-se a estes, a

---

<sup>281</sup> A histerossalpingografia é um método diagnóstico de análise do interior do útero e das trompas realizado por meio de radiografias seriadas obtidas após a introdução de um meio de contraste pelo orifício externo do colo uterino. As imagens obtidas permitem a visualização da anatomia feminina a partir do avanço do contraste. Cf. SERAFINI, Paulo et al. *O bê a bá da infertilidade*. São Paulo: Organon, 1998.

exigência por parte da equipe técnica da Clínica da necessidade de ingestão de no mínimo 3 litros de água por dia durante os procedimentos, além da ingestão diária de albumina em forma de pó misturada nos líquidos e bebidas isotônicas, tudo isso para evitar a ocorrência da Síndrome de Hiperestimulação Ovariana, a mais temida complicação da FIV.

Outras orientações preconizadas são: a proibição do uso de fumo e bebidas alcoólicas antes do início do “tratamento” e durante o mesmo; restrição de bebidas cafeinadas; manutenção de uma dieta equilibrada e saudável; diminuição da intensidade dos exercícios físicos para o casal antes do início e durante os procedimentos (para as mulheres, evitar esforços físicos 3 a 4 dias antes da aspiração folicular e nos dias seguintes à transferência embrionária); proibição do uso de saunas, piscina e praia para o casal, durante o “tratamento”; para as mulheres o uso de medicamentos devem ser restritos aos hormônios prescritos, às vitaminas pré-natais e sintomáticos somente para dor, febre ou náuseas. Por fim, uma recomendação relevante é a abstinência sexual feminina após o início do tratamento da indução hormonal até a entrega do resultado do teste de gravidez, o que pode contribuir para a diminuição da intimidade entre o casal durante um período em que ambos estão voltados para um objetivo comum, com todo o envolvimento emocional e psicológico do projeto. Há também expressas orientações para o casal não ter relações sexuais por 3 a 5 dias antes da realização do espermograma, a fim de se obter uma adequada avaliação do sêmen.<sup>282</sup> Cientes de todas as dificuldades que serão enfrentadas pelo casal durante o processo do “tratamento”, a equipe técnica nos atendimentos individualizados e nas reuniões OIPTI trazem esclarecimentos e orientações. Na reunião em que estive presente, em março de 2015, houve a recomendação pela psicóloga e pela enfermeira, de que o casal tentasse resgatar a intimidade original durante o “tratamento”, pois a interdição temporária às relações sexuais não excluía o contato físico entre o casal. Assim, foi dado ênfase ao “namorar bastante” como sinônimo de troca de beijos, carícias íntimas e abraços. O tom de descontração foi dado por um paciente da plateia que retrucou que “iria seguir tudo isso à risca”.

A par de tudo isso, os dois depoimentos a seguir são esclarecedores:

---

<sup>282</sup> Todas essas orientações e prescrições, além de outras envolvendo todo o ciclo de procedimentos, estão contidas em uma Caderneta ilustrada elaborada pela equipe do CIN-NF e distribuída e trabalhada com os casais durante todo o seu atendimento.

Não, não tivemos nenhuma dificuldade. Foi fácil de marcar, no mesmo dia do encaminhamento eu já marquei. A dificuldade mesmo foi quando ele descobriu que o problema era com ele... (Heloísa, 32 anos, autônoma, sem filhos; casada com Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos).

Acho que até agora não teve dificuldade porque a minha força de vontade é tão grande que não teve dificuldade. A gente acordou 4 horas da manhã hoje [Era o dia da punção dos óvulos]. Isso aí a gente já vem fazendo há muito tempo, não é um sacrifício. Até agora não vi nenhum tipo de dificuldade e nem vai ter, né, porque chegamos até esse ponto aqui. (Agenor, 43 anos, repositor de estoque de supermercado desempregado, sem filhos; casado com Celeste, 35 anos, vendedora, tem um filho).

Entre as sete pessoas entrevistadas (quatro mulheres e três homens) que relataram dificuldades para o tratamento, cinco queixas referiram-se apenas às questões burocráticas - sobre os exames e tempo de espera, ao passo que dois participantes falaram a respeito das técnicas propriamente ditas:

O primeiro acesso mesmo não foi difícil, só a dificuldade mesmo da espera dos exames e entrar na fila de espera, que foi sete meses. (Anália, 33 anos, fisioterapeuta, sem filhos; casada com Tales, 34 anos, consultor de negócios, sem filhos).

Dificuldade mesmo só exame mesmo que demora, mas dificuldade assim, mesmo, graças a Deus não teve não. (Celeste, 35 anos, autônoma, tem um filho; casada com Agenor, 43 anos, repositor de estoque, sem filhos).

Olha, só o tempo mesmo de fazer os exames e de marcar... Para marcar pelo SUS demorou um pouco. (Inês, 37 anos, do lar, casada e tem um filho com Maurílio, 40 anos, taxista).

A única dificuldade foi só pra marcar a consulta, que é uma questão que tem que ficar na fila. Para dar início ao processo foi um pouquinho mais demorado, mas agora, o restante, foi tranquilo. A gente esperou, em média, quatro meses do processo da Prefeitura até começar o tratamento. Foi rápido. (Décio, 33 anos, enfermeiro, sem filhos; casado com Liana, 27 anos, decoradora de festas, sem filhos).

Não obstante todos os passos para se chegar e para estabelecer os procedimentos, nenhuma mulher se queixou sobre quaisquer implicações físicas e/ ou psicológicas dos procedimentos. Apenas nas conversas finais, sobre o número de tentativas, algumas pessoas aludiram ao “peso” da expectativa e da ansiedade, mas isso não foi elencado como dificuldade propriamente dita. Foi interessante que a maior parte dos entrevistados elogiou o Serviço e

destacou que o tempo de espera, embora significativo para eles, não foi longo. Esse dado é extremamente sugestivo e foge do padrão dos serviços de RA públicos oferecidos no país cujas filas de espera podem chegar a quatro, cinco anos (Reportar-se à página 138 deste trabalho). A questão do custo financeiro também, não foi mencionada, não obstante todos os procedimentos e medicamentos serem custeadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Campos. Da mesma forma, os custos para deslocamento para as consultas e exames, muitas vezes diário para receber as medicações; o custo de alguns exames realizados com recursos próprios a fim de agilizar os mesmos; o custo com a compra de albumina e de bebidas isotônicas não foram mencionados como uma possível dificuldade. A própria utilização do termo “dificuldade” foi feita com ressalvas pelos entrevistados, sempre em uma afirmativa que não foram obstáculos, na medida em que tudo é superado e superável na busca pelo objetivo maior, o filho. Nessa altura é oportuno traçar um contraponto com as impressões obtidas pelo pesquisador Pedro Nascimento, acerca do acesso de pacientes a um serviço público de reprodução assistida em Porto Alegre, RS. Nas narrativas dos seus entrevistados, a trajetória percorrida a partir do momento em que desejam ter um filho é marcada pela superação de constantes obstáculos, onde o serviço de saúde é visto como algo de difícil acesso e que demanda um alto investimento emocional, de tempo e financeiro. Outros desafios foram colocados pelos seus informantes, tais como madrugadas insones, solicitação de afastamento do trabalho, esperas em filas, mais de um ônibus para chegar até a capital, etc.<sup>283</sup>

Apenas um entrevistado acrescentou como “dificuldade” a questão do trabalho remunerado:

Não, graças a Deus não teve dificuldades não. Foi só os exames mesmo que a gente tem que fazer; é vários exames, né? Da outra vez que eu precisei ficar aqui com ela, eu conversei [no trabalho] que estava aqui e consegui até um atestado de acompanhante com a assistente social. Às vezes eu tenho que sair mais cedo ou chegar tarde no serviço, mas... Eu acredito que não foi dificuldade não. (Irineu, 34 anos, tecnólogo em gestão de comércio, tem uma filha; casado com Cibele, 33 anos, operadora de caixa desempregada, tem dois filhos).

---

<sup>283</sup> NASCIMENTO, Pedro. Pagando o Preço: uma Etnografia do Acesso ao Serviço Público de Reprodução Assistida em Porto Alegre/RS. In: ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana Lopes de (Org.). *Fabricando a vida: implicações éticas culturais e sociais do uso de novas tecnologias reprodutivas*. Porto Alegre: Metrópole, 2007. p.83-104.

Uma mulher relatou embarço quanto a uma das prescrições do serviço, o que acabou por repercutir no seu trabalho remunerado:

Eu acho que a maior dificuldade é porque eu tenho que beber muita água durante o tratamento: são 3 litros ou mais, fora os outros líquidos, a albumina, o Gatorade®, Então você tem que ir ao banheiro muitas vezes para urinar e nesse período [dos procedimentos] eu não posso trabalhar, como é que eu vou trabalhar? Eu trabalhava como operadora de caixa e fiquei pensando: ‘ Como eu vou trabalhar num caixa, tendo que beber água e ir ao banheiro direto?’ Não teria como. Aí o que eu fiz? Nesse período eu fiquei trabalhando só como temporário porque eu sabia que eu queria tentar [o procedimento]. No início do ano, eles quiseram me contratar mesmo, razão que eu não quis porque eu também sabia que eu precisava fazer o tratamento aqui. (Cibele, 33 anos, operadora de caixa desempregada, tem dois filhos; casada com Irineu, 34 anos, tecnólogo em gestão de comércio, tem uma filha).

No universo de 24 pessoas entrevistadas, somente um entrevistado colocou como dificuldade no “tratamento” as injunções emocionais e psicológicas, até mesmo diante da questão da descoberta da infertilidade e do longo caminho percorrido de médico em médico:

Muita, muita dificuldade... É... Principalmente psicológica. A gente precisava mais dessa questão psicológica, desse apoio psicológico até pra poder saber mais, mais informações. Ter mais informações é melhor, entendeu? A gente teve pouca informação, creio que muita gente não conhece o procedimento que tem aqui. Muita, muita gente mesmo não conhece. Como a gente não sabia, muita gente ainda não sabe. (Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos; casado com Heloísa, 32 anos, autônoma, sem filhos).

#### *Uma ajudinha para ter o filho - De garrafadas a promessas...*

É corrente pelo senso comum o emprego de alternativas baseadas em crenças para ajudar o casal a engravidar e sob esta premissa, indaguei aos participantes sobre a utilização de algum desses meios (chás, garrafadas). Foi negado por 11 entrevistados (quatro casais e três homens) o uso de tais meios, e muitos afirmaram não aprovar tais práticas. Por outro lado, 14 pessoas afirmaram ter lançado mão de uma ajuda externa - Duas mulheres recorreram às promessas; nove pessoas (seis mulheres e três homens) referiram utilizar orações (denominada pelos evangélicos de Propósito), quer na Igreja ou pedidos a Deus; um casal mencionou o uso de “garrafadas”; uma mulher referiu o uso de inhame na alimentação e um homem referiu o uso de medicamentos sob a forma de vitaminas, entre outras práticas. Três



pessoas conjugaram orações com outros métodos. A submissão e conformação aos planos de Deus foram amplamente mencionadas, contudo, isso não foi impedimento para que buscassem ajuda na ciência. Os pedidos pela realização de um filho são feitos por muitos entrevistados a Deus, que também tem a capacidade de utilizar os médicos como um instrumento da Sua vontade, como diz Moacir. Alguns componentes da equipe técnica se percebem exatamente dessa forma – como uma via através da qual a Sabedoria Suprema vai realizar o milagre da procriação.

As falas a seguir são ilustrativas das pessoas que “não recorrem à nada”:

Não, a única coisa a fazer é: a gente vai tentar e está na mão de Deus. Se for a vontade Dele, vai ser, se não for... Não pode ser, porque não é a vontade dele, né? (Irineu, 34 anos, tecnólogo em gestão de comércio, tem uma filha; casado com Cibele, 33 anos, operadora de caixa desempregada, tem dois filhos).

Não, nunca recorremos a nada. Não acreditamos em nada disso. As probabilidades são mais ou menos as mesmas e nós temos a consciência de que graças a Deus esse processo não é um processo que os homens, seres humanos podem fazer. Podemos usar a ciência, mas o que acreditamos é que o final depende de Deus. Sempre. (Tales, 34 anos, consultor de negócios, sem filhos; casado com Anália, 33 anos, fisioterapeuta, sem filhos).

Não, por ser evangélica eu não acredito, e nem gostaria de fazer nada disso. (Cibele, 33 anos, operadora de caixa desempregada, dois filhos; casada com Irineu, 34 anos, tecnólogo em comércio, uma filha).

Duas mulheres confessam ter feito Promessas:

Já fiz sim, promessa. Promessa já, a Nossa Senhora. Não vou mentir, promessa já. Foi até onde eu pensei: eu já vinha fazendo promessa há bastante tempo e no momento certo tudo começou a acontecer... (Celeste, 35 anos, vendedora, tem um filho; casada com Agenor, 43 anos, repositor de estoque de supermercado, sem filhos).

Ah, isso eu faço tudo... Oração, novena e promessa... Eu faço, na Igreja Católica para Santo que eu acredito, para Nossa Senhora... (Lavínia, 28 anos, técnica em radiologia, sem filhos; casada com Alfredo, 29 anos, assessor na Câmara, sem filhos).

A crença e a fé em Deus são constantemente reafirmadas pelos entrevistados sob a forma de Orações e Propósitos:

É, assim, a gente recorre na Igreja, pedir, fazer uma oração, aí... A gente pede sim... Aí é toda vida, sempre tá pedindo, né? A gente vai só na Igreja mesmo, entendeu? A gente faz pedido na Igreja. (Agenor, 43 anos, repositor de estoque, sem filhos; casado com Celeste, 35 anos, vendedora, tem um filho).

A gente faz corrente de oração sim para que o tratamento dê certo. A gente se prende à nossa religião, mas a gente sabe que Deus pôs a sabedoria no homem para nos ajudar. Então isso tem. A gente faz corrente de oração na Igreja, praticamente assim, o meu grupo. Porque tem um grupo de oração lá na Igreja que eu participo, e assim, todos os dias de culto tem a corrente de oração, mesmo eu não estando lá. E ponto. (Selma 30 anos, manicure e cabeleireira, sem filhos; casada com Moacir, 31 anos, técnico em meio ambiente, sem filhos).

Na realidade, a gente foi dando tempo ao tempo. A gente foi... Orando, pedindo a Deus, né, e que se fosse da vontade de Deus nós iríamos fazer o tratamento, então... Se nós chegamos até aqui, a gente crê que é da vontade de Deus, cremos que Deus foi nos direcionando até aqui. Nós, sendo evangélicos, a gente acredita muito em milagre e infelizmente tem gente que acha que Deus não pode realizar milagres pelas mãos dos médicos também. Então, como eu te falei, a gente vai dando tempo ao tempo, a gente vai esperando, né, pra ver o que Deus vai fazer. Então, porque... até por conselhos do nosso pastor, a gente decidiu fazer [os procedimentos de FIV], porque durante esse meio tempo se tivesse que acontecer, aconteceria. Então chegou esse presente momento e não aconteceu, então Deus está no controle. (Moacir, 31 anos, técnico em meio ambiente, sem filhos; casado com Selma, 30 anos, manicure e cabeleireira, sem filhos).

Olha, eu acho que... eu me apeguei muito a Deus depois disso, depois dessas perdas [refere-se aos abortos espontâneos]. Fiz propósito na Igreja... (Inês, 37 anos, do lar, tem um filho com Maurílio, 40 anos, taxista, com quem é casada).

Existe uma espécie de racionalidade por parte de algumas pessoas que de alguma forma as impedem de admitir que pedem ajuda a Deus, embora o Seu nome seja evocado e invocado:

Garrafadas todo mundo falava, assim... a família. O padrinho dele [do marido] que já tem uma idade mais avançada, falou que tinha uma pessoa conhecida dele que fazia garrafada e tal, só que a gente deixou pelo natural, entendeu? Nada de forçar. Não, não recorremos a nada. Recorremos sim: a gente pedindo a Deus para nos ajudar, mas assim não recorremos à promessas nenhuma, nem garrafadas, nem nada. Essa opção de hoje é porque não tem jeito mesmo e é um meio técnico, não é um meio de... de promessas e nem de credices, nada. (Áurea, 33 anos, assistente administrativo, sem filhos; casada com Floriano, 35 anos, instrutor de autoescola, sem filhos).

Eu fiz uma bariátrica [refere-se a cirurgia conhecida popularmente como redução do estômago] para conseguir o filho. (Ela ri). Não, mas assim... As pessoas na verdade falam muita bobagem: ‘Toma a erva tal, toma o remédio tal, toma isso e aquilo’. Eu só tomava indutor de ovulação que a ginecologista passava, Clofemide®, essas coisas. Eu sou Católica, sou devota de Santo sim, eu peço ajuda, rezo, mas não fiz promessa, nada disso. Mas as pessoas falam muita coisa. Se você ficar ouvindo demais pra tentar engravidar, você faz tudo, até macumba e não chega ao objetivo. (Melina, 44 anos, arquiteta e professora universitária, sem filhos; casada com Odilon, 35 anos, arquiteto e professor universitário, sem filhos).

Diante do desejo de ter uma criança, surge a crença em rituais mágicos, expressa na compra, pela esposa, de uma bebida à base de ervas, conjugada as orações a Deus. É interessante perceber que o marido relata ter inicialmente aceitado tomar a garrafada, contrariando até o seu ceticismo, como eles mesmos relatam:

Sim. Garrafada ele tomou duas vezes (Ela sorri). Eu comprei pronto, lá na flora [lojas no mercado municipal de Campos que comercializam ervas e afins] tem. Durante um tempo de tratamento ele tomou. Como a gente é evangélico, a gente sempre ora junto, a gente faz propósito de oração com Deus. A gente sempre tá ligado a Deus, porque assim, primeiramente, seja a vontade Dele, então a gente busca orar junto, fazer madrugada de oração junto... E isso ajudou muito porque fortalece a gente e conseguimos enfrentar as dificuldades com mais firmeza, com mais confiança no poder de Deus, né? Antes a gente tenta fazer da nossa maneira, a gente quer muito... E acha que tudo... O que não acontece na hora que a gente quer, a gente... isso gera um problema, a gente fica... fica depressivo, e tudo mais. E depois, com a oração a gente acaba de ter mais uma confiança, né? Então a religião foi muito importante pra gente no processo, em todos os aspectos. (Heloísa, 32 anos, autônoma, sem filhos; casada com Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos).

Ah, Helô uma vez comprou essa tal de garrafada aí. (Ele ri). Aí eu cheguei a tomar, mas depois eu falei: ‘Larga isso, não vou tomar isso não, rapaz, quê isso?’ Assim, sinceramente? Eu não sou muito assim de, de acreditar em qualquer coisa não, cara. Eu sou tipo Tomé, sabe? Eu tenho que estudar bastante, eu tenho que pesquisar muito pra mim acreditar em alguma coisa, tem que ter muita prova pra mim poder acreditar, senão eu não acredito não... Não acredito em qualquer coisa, em qualquer um que chega perto de mim, falando qualquer coisa, eu não acredito não. (Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos, casado com Heloísa, 32 anos, autônoma, sem filhos).

É significativo perceber que outras pessoas entrevistadas fizeram alusão à utilização de elementos não habituais, como a ingestão de Raízes, que segundo uma entrevistada, “ajudava na ovulação”:

É, a gente sempre pede a Deus, né, sempre a gente ora muito pedindo que se for da vontade de Deus a gente ter um filho... Mas assim, em relação à alimentação, a gente mudou. Porque eu pesquisei que realmente as pessoas que se alimentam de... raízes, como inhame, essas coisas assim... (Ela ri). Tenho até vergonha de falar... (Ela ri). Aí eu comecei a tomar, comer inhame no café da manhã, no almoço... No início eu achava aquilo horrível, sentia um nojo... porque eu era acostumada a comer pão, tomar leite... essas coisas de manhã... Só. Então eu mudei só a alimentação: muita água e raízes. Comia muitas raízes. (Teresa, 32 anos, guarda municipal, sem filhos; casada com Edmundo, 28 anos, técnico em enfermagem, sem filhos).

A partir de informações buscadas por conta própria, Alfredo contou que passou a evitar certas práticas que poderiam afetar a produção de espermatozoides e adotar outras, como a ingestão de vitaminas, sem a intervenção médica. Aliás, ele explica que desde o diagnóstico da sua patologia, o tumor de testículo, ele passou a inteirar-se de todos os tratamentos disponíveis, a ponto de discutir com a equipe médica os protocolos terapêuticos. Ele nos fala sobre isso:

Não... Assim, alguns remédios. Assim, não é remédios... Como é que eu posso falar? Eu fiz um exame pra testar a testosterona e a minha testosterona deu um pouco baixa. Eu fui no endocrinologista, que detectou também uma alteração no TSH [hormônio produzido pela hipófise que age na glândula tireoide], mas que não precisava de tratamento. Eu não tomei nada [para aumentar a testosterona], mas assim... eu leio sobre o assunto. Eu sei que vitamina [complexo vitamínico, medicamento] melhora, eu sei que banho quente piora, eu sei que sauna piora... Então eu passei a tomar vitaminas e evitar o resto. Eu também corria, então eu diminui um pouco a atividade física. Eu vi também que eu estava com 15 quilos a mais no meu peso e eu vi que emagrecendo... ajuda a aumentar a testosterona e os espermatozoides. Então eu emagreci, tomei vitaminas e eu diminui um pouco a atividade física. (Alfredo, 29 anos, assessor na Câmara, sem filhos; casado com Lavínia, 28 anos, técnica em radiologia, sem filhos).

Percebemos que não há limites ao recurso da ajuda externa para realizar o sonho, embora alguns entrevistados neguem isso. Também chama a atenção a apropriação do jargão médico por parte de muitos participantes da pesquisa (Teresa, Melina, Alfredo, Odilon,

Heloísa) os quais contam, com detalhes técnicos sobre suas condições de saúde e/ou doença e os procedimentos realizados.

*Receios e/ou temores dos possíveis efeitos das técnicas de RHA para a saúde*

Uma das perguntas aos casais versava sobre a existência de algum tipo de receio ou temor sobre as técnicas de reprodução assistida em causar alteração ou alterações na saúde dos envolvidos diretos, quer sejam a mulher ou o bebê. É importante informar que antes do início dos procedimentos os efeitos adversos das medicações e das técnicas são explicados para todos os pacientes, durante as consultas com os especialistas, nas reuniões OIPTI e no livreto que é distribuído para cada casal ao adentrarem ao Serviço. O esclarecimento torna-se fundamental para o cumprimento apropriado de todas as fases dos procedimentos. Diante dessa indagação, do total de 24 entrevistados, 19 deles afirmaram não ter nenhum tipo de receio/e ou temor (12 homens e sete mulheres).

A confiança na equipe multiprofissional e nas informações recebidas foi colocada por duas participantes do estudo:

Eu não tenho receio não porque tem a palestra [refere-se a OIPTI] e a palestra é tudo bem explicadinho a respeito disso tudo. A gente tira todas as nossas dúvidas. (Selma, 30 anos, manicure e cabeleireira, sem filhos; casada com Moacir, 31 anos, técnico em meio ambiente, sem filhos).

Eu não tenho medo [das técnicas causarem problemas na saúde] porque eu tenho muita confiança na equipe daqui. Eu estou sendo muito bem tratada. É como se o meu tratamento aqui, eu falo muito com o meu marido, como se fosse tudo particular. Eu sou muito bem tratada por todos do local. (Celeste, 35 anos, vendedora, tem um filho; casada com Agenor, 43 anos, repositor de estoque de supermercado, sem filhos).

O relato de outros dois entrevistados que dizem não sentir qualquer tipo de temor ou receio frente às repercussões das técnicas de RHA na saúde da mulher ou do bebê:

Eu não tenho receio não. Eu acho que... eu como profissional de outra área eu confio nos meus conhecimentos e espero que os outros confiem no meu também, assim como eu confio nos procedimentos de todos os profissionais que estão nos cercando. Então eu tenho que acreditar na ciência, que os procedimentos estão sendo feitos para atender um objetivo *sem* (grifo do entrevistado) que prejudique ou que cause danos em outra área (Odilon, 35 anos, arquiteto e professor universitário, sem filhos; casado com Melina, 44 anos, arquiteta e professora universitária, sem filhos).

Não, eu não tenho receio não e também pelo que me informaram e tudo que eu pesquisei, eu não vi nada demais, nada que coloque a saúde da mãe ou da criança em risco. (Moacir, 31 anos, técnico em meio ambiente, sem filhos; casado com Selma, 30 anos, manicure e cabeleireira, sem filhos).

Por outro lado, cinco mulheres responderam afirmativamente ter receio sobre os procedimentos afetarem futuramente a sua saúde. Dentre as cinco mulheres, o receio de três delas relacionou-se à administração dos hormônios para a indução da ovulação:

Eu tenho receio só desse tratamento hormonal, né? Eu não sei até que ponto isso pode interferir no futuro, né? A gente sabe que é uma carga hormonal muito grande, é alguma coisa no seu corpo, não é algo só pra ser eliminado. Então isso é a única preocupação, mas agora... (Anália, 33 anos, fisioterapeuta, sem filhos; casada com Tales, 34 anos, consultor de negócios, sem filhos).

Receio para a saúde do bebê eu não tenho não, porque eu já pesquisei e não interfere não, mas as medicações que eu tomo para indução, eu fico preocupada... de futuramente causar alguma coisa. [Tipo o quê? eu pergunto] Eu já ouvi câncer de ovário, essas coisas assim. Eu não sei se é verídico, se isso tem fundamento, mas eu já ouvi. (Lavínia, 28 anos, técnica em radiologia, sem filhos; casada com Alfredo, 29 anos, assessor na Câmara, sem filhos).

Uma entrevistada demonstra estar bem informada e consciente dos procedimentos, pela utilização de termos técnicos e por detalhes da sua condição clínica:

A questão do medicamento eu tenho um pouco de receio de... de gerar um problema no meu organismo. Da primeira vez que eu fiz [a fertilização in vitro] a gente faz todos os exames indicados, exames completos, antes do tratamento. E da outra vez que eu fiz os exames não tinha problema nenhum. E depois que eu fiz a primeira vez, quando eu voltei para repetir os exames já foi diagnosticado dois pequenos nódulos na mama esquerda. Então eu estou tratando disso, eu tomo vitamina todos os dias para esse nódulo não crescer e o mastologista disse que não é nada grave, não precisa fazer biópsia, punção e nem cirurgia. Ele tá acompanhando com ultrassom e tá vendo que está dentro do parâmetro normal, mas isso me gera um pouco de preocupação de futuramente isso vir desencadear uma coisa mais séria. O mastologista me deu toda a segurança que eu posso fazer o tratamento normalmente, que não vai interferir e nem prejudicar em nada, porque não dá certeza que o uso dos hormônios... tenha desencadeado os nódulos. Isso é comum de acontecer em várias mulheres e também em quem não fez o tratamento. Para a saúde do bebê eu não tenho receio porque a bióloga já me deixou bem claro que isso [as técnicas de RHA] não causa problema nenhum, que não tem problema de malformação. Eu já procurei saber, eu perguntei muita coisa pra ela porque eu não saio daqui com dúvida nenhuma.

(Heloísa, 32 anos, autônoma, sem filhos; casada com Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos).

O receio das outras duas entrevistadas relaciona-se ao temor diante do processo de aspiração dos óvulos, por envolver a sedação e anestesia e às condições prévias de doença da própria paciente, como se segue:

Olha, o que eu fico um pouco preocupada é com a aspiração dos óvulos. Eu fico com um pouco de medo porque usa anestesia e é tipo uma cirurgia. Só isso, mas o resto [dos procedimentos] não. (Inês, 37 anos, do lar, tem um filho com Maurílio, 40 anos, taxista, com quem é casada).

Ah, eu tenho medo sim porque eu já perdi um bebê há muito tempo [refere-se a um aborto espontâneo] e quase morri. Aí eu fico com medo de acontecer alguma coisa... De alguma coisa [das técnicas] dar errado. (Judite, 32 anos, empregada doméstica, tem dois filhos; casada com Néilson, 27 anos, ajudante de pedreiro, sem filhos).

É relevante perceber que a maior parte das pessoas entrevistadas, após terem sido esclarecidas sobre os procedimentos, afirmou não sentir qualquer receio ou apreensão em relação à repercussão das técnicas sobre a sua saúde (no caso das mulheres), sobre a saúde das suas esposas (no caso dos homens) ou sobre a saúde do futuro filho. A estranheza aumenta quando se sabe que nos procedimentos de reprodução assistida as intervenções técnicas são sempre e prioritariamente realizadas no corpo feminino. O receio em relação a algum aspecto dos procedimentos, contudo, não foi capaz de impedir ou obstaculizar que as cinco entrevistadas prosseguissem com a utilização das técnicas como um meio de obtenção do filho desejado. Para Corrêa e Loyola, a minimização dos riscos dos procedimentos pelas próprias pacientes está relacionada ao sentimento de urgência e da exacerbação do desejo de engravidar. Como na maior parte das vezes a infertilidade é descoberta tardiamente, a constatação da mesma é acompanhada de um sentimento de premência e quando o casal chega a iniciar os procedimentos “já está disposto a qualquer coisa”, no sentido de se submeter a todas as exigências do tratamento, inclusive aos seus potenciais riscos.<sup>284</sup>

---

<sup>284</sup> CORRÊA, Marilena Villela; LOYOLA, Maria Andréa. Novas tecnologias reprodutivas: novas estratégias de reprodução? *PHYSIS*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.209-234, jun.1999.

*Vale tudo? As “negociações” da conjugalidade - o filho biológico*

Neste subnúcleo eu trago as opiniões dos casais entrevistados a respeito da hipotética receptividade em relação aos possíveis materiais biológicos doados – óvulos e espermatozoides. Como a luta de ambos é para a concretização do sonho do filho ‘sangue do sangue’, como eles negociam isso frente às possibilidades ofertadas pela tecnociência e ainda frente às suas próprias causas de infertilidade? No universo de 12 casais entrevistados, totalizando 24 pessoas obtive o seguinte panorama:

Apenas um casal (Liana, 27 anos, decoradora de festas e Décio, 33 anos, enfermeiro, ambos sem filhos, cuja causa da infertilidade é fator feminino) disse aceitar sem qualquer entrave a recepção de materiais biológicos de outrem, quer sejam óvulos ou espermatozoides. Para este casal sobressaiu-se a maternidade e a paternidade sociais, pois a genética viria em segundo lugar, em havendo a gravidez e o que eu chamo de mística da barriga, pois poderiam viver todos os momentos da gravidez, do parto e do nascimento. A própria gestação legitimaria o status da mulher como mãe e do seu parceiro da relação como o pai. Eles dizem:

Eu aceitaria receber a doação de óvulos porque é sonho. No caso o meu sonho de ser mãe, então eu ia ser mãe de qualquer maneira, independente de o material [biológico] ser de outra pessoa, entendeu? Independente da genética, eu vou gerar, então é *meu*. É *meu* filho de qualquer maneira. E eu aceitaria também receber espermatozoides. Assim, a gente não pensou porque no caso o problema é meu, mas aceitaria tranquila. Se é um sonho... (Liana). (Grifos da entrevistada).

Eu aceitaria receber a doação de óvulos e de espermatozoides porque sempre foi uma vontade minha de adotar. Então, se eu posso adotar uma criança que a gente não pôde gerar, então eu aceitaria a doação. A gente poderia participar da gravidez, mesmo que geneticamente não fosse [nosso], mas aí ia ter a gravidez, a gente ia ter o filho. Ia ser mais importante ainda o vínculo e de qualquer forma seria o meu filho. (Décio).

Em contrapartida, seis casais recusariam receber doação de óvulos e /ou espermatozoides de terceiros. Ressalto aqui que diante desta indagação, dois homens demonstraram claramente a sua insatisfação diante do que eu classifiquei como “a impertinência da minha pergunta”, talvez por trazer à tona, ainda que de forma sutil, a marca da sua incapacidade reprodutiva. Tales, 34 anos e Floriano, 35 anos mantiveram a polidez e a educação, mas o tom de voz de ambos carregou sentimentos de raiva e frustração. A



entrevista com o casal Anália e Tales foi realizada em conjunto e diante desta pergunta, ele meio que “atropelou” a resposta da companheira e acorreu para expressar a sua negativa.

Sobre aceitar a doação de óvulos de uma outra pessoa, nós nunca passamos por isso. Eu não aceitaria, eu acho que a gente adotava de uma vez. E quanto a aceitar doação de espermatozoides eu respondo da mesma forma. (Anália, casada com Tales).

Dentro do processo, essa não foi nem de longe uma barreira pra nós, nós não temos essa resposta. Em nenhum momento e por causa da ausência desse problema nunca passou pela nossa cabeça nem em hipótese nenhuma considerar, porque nunca houve uma necessidade de pensar, de a médica nos informar que ela [a esposa] tem alguma dificuldade com isso [com o número de óvulos]. Tanto que os dois processos que nós fizemos foi uma quantidade grande de óvulos, muito grande e nos nunca tivemos esse tipo de preocupação. Nós não paramos pra pensar... Seria imaturo nós pensarmos numa questão tão séria de supetão aqui e agora. É apenas uma posição sobre isso. Como eu já falei antes, no meu caso de problema, a quantidade e a qualidade de espermatozoide é suficiente, é saudável. A questão é que ele não alcança o óvulo. Então, não é em nenhum momento esse tipo de problema e nós não pensamos sobre isso. São situações que nós não vivenciamos e não houve nem de longe, um comentário médico que nós poderíamos estar enquadrados num desses contextos. (Tales).

A recusa de outros dois casais ao recebimento de materiais biológicos e cuja causa da infertilidade é o fator feminino (após a realização da laqueadura tubária), está expressa a seguir:

Eu não ia aceitar nada disso não. Sei lá... Eu acho que... Eu não ia me sentir bem... não sendo meu. (Judite, 32 anos, empregada doméstica, tem dois filhos; casada com Néelson, 27 anos, ajudante de pedreiro, sem filhos).

O cônjuge explica:

Eu não ia aceitar de jeito nenhum [ambas as recepções de material biológico]. Porque não vai ser do sujeito, porque não vai ser da gente. (Néelson, casado com Judite).

A opinião é a mesma de outro casal – Cibele e Irineu:

Eu não aceitaria [recepção de espermatozoides] porque a minha consciência ia saber que não é meu, isso ia ficar passando na minha mente lá... Então eu não aceitaria. No caso do óvulo, é a mesma situação, mesmo porque vai vim

de outra mãe... Não vai ser dela. (Irineu, 34 anos, tecnólogo em gestão de comércio, tem uma filha; casado com Cibele, 33 anos, operadora de caixa desempregada, tem dois filhos).

Eu também não aceitaria [a recepção de espermatozoide], porque o objetivo de eu ter um filho agora, já com dois filhos é... O meu único objetivo é porque eu tô casada *com ele* (frisa), então eu quero ter um filho *dele* (frisa), não quero porque simplesmente eu quero ter um filho... Eu já tenho um filho, eu sei o que é ter filho, e ele também já sabe. Então é porque a gente quer ter o nosso. (Cibele, casada com Irineu).

O imperativo dos laços biológicos está manifesto na recusa dos casais em receber material biológico de terceiros, pois nessa situação a criança não seria deles, não teria as suas características genéticas. O sangue e a carga genética se misturam nos discursos dos entrevistados e adquirem o mesmo significado. Como foi colocado por Anália: se não é de nenhum dos dois, ou se for apenas de um (geneticamente) seria melhor a adoção, pois assim ficaria realmente publicizado que a descendência não é de fato deles. Para Corrêa e Loyola, a rejeição à doação de material reprodutivo, além de expor a falha biológica do casal, excluiria um dos parceiros da reprodução genética e isso ameaçaria o equilíbrio e a estabilidade do casal.<sup>285</sup> Nos dois casos acima (Judite e Néelson; Cibele e Irineu) se percebe que o desejo do casal é pelo filho biológico, uma vez que a mulher do primeiro casal já tem filhos e o segundo casal também. Então, um filho com a carga genética de ambos é desejável porque representaria até mesmo a legitimação daquela união, daí o interdito à recepção de material biológico de terceiros.

Nesta pesquisa, três mulheres relataram ser capazes de aceitar a recepção de óvulos e/ou de espermatozoides, em detrimento de seus parceiros, que afirmaram recusar a recepção de qualquer material reprodutivo biológico. Em dois casais (Lavínia e Alfredo, Áurea e Floriano), cujas causas da infertilidade é por fator masculino, a aceitação, por parte dos homens, de gametas doados representaria um total “atentado” às suas capacidades reprodutivas e à sua virilidade. Somado a tudo isso, a aceitação do patrimônio genético alheio por eles ou pelas companheiras, seria uma espécie de adultério e de traição, ao trazer para a relação conjugal o material biológico de um terceiro (espermatozoide de outro homem ou o óvulo de outra mulher). Se não for filho de “sangue” é preferível a adoção, como foi colocado pelos entrevistados.

---

<sup>285</sup> CORRÊA, Marilena Villela; LOYOLA, Maria Andréa. Novas tecnologias reprodutivas...

Os depoimentos a seguir de Lavínia e Alfredo são ilustrativos:

Eu aceitaria a doação de óvulos ou de espermatozoide, eu não tenho esse preconceito. Eu aceitaria porque eu tenho muita vontade de ter um filho e essa vontade é maior do que a carga genética. (Lavínia, 28 anos, técnica em radiologia, sem filhos; casada com Alfredo, 29 anos, assessor na Câmara, sem filhos).

Sobre receber doação de óvulos, eu não aceitaria, apesar de eu nunca ter pensado com muita seriedade sobre esse assunto porque eu sempre soube que o problema partia de mim. E sobre a recepção de espermatozoides, pra mim é muito estranho, eu não aceitaria. Acho que a gente ia preferir a adoção de uma pessoa que não seja... nem meu, nem dela. (Alfredo, casado com Lavínia).

O casal Áurea e Floriano que busca a fertilização in vitro devido ao fator masculino é também discordante sobre a recepção de gametas de outros:

Eu aceitaria receber se fosse necessário, tanto óvulos como espermatozoide. Eu sou apta a qualquer circunstância. Eu receberia porque o filho é uma coisa que a gente quer muito. Agora, Dra. Beatriz explicou pra gente sobre a possibilidade de receber doação de espermatozoide, mas de cara ele [o marido] falou que não. Ele falou na mesma hora: ‘Vamos embora, por mim eu não voltaria mais aqui!’ Foi o impacto da situação. Ele é uma pessoa de 34 anos, mas tem uma mentalidade de 60[anos], foi criado com pai de roça e tem uma dificuldade de aceitar é... coisas... novas. (Áurea, 33 anos, assistente administrativo, sem filhos; casada com Floriano, 34 anos, instrutor de autoescola, sem filhos).

Olha, eu não aceitaria não, nada. Eu acho que se é meu, é meu. A mesma coisa ela: tem que ser dela. E se for no caso... que... a gente ter, então vamos ter, e não apanhar de outro já feito. Se for assim, vamos adotar uma criança então. (Floriano, casado com Áurea).

Para Selma, conquanto a causa da infertilidade do casal seja feminina, a recepção de material genético heterólogo não seria problema, mas a sua opinião não é partilhado pelo seu marido, Moacir:

Eu sou bem resolvida, se eu precisasse [de receber óvulos] eu aceitaria, numa boa, porque a questão é de ser mãe. Mãe que eu digo não é só gerar, é dar amor, é dar carinho, ter o cuidado, a preocupação de ter uma criança em casa, porque criança em casa é alegria. E para receber doação de espermatozoide, eu aceitaria pela mesma razão. É uma questão de *querer* ter um filho e eu aceitaria por causa disso, para ter um filho, e criação, amor de pai, é quem convive, entendeu? Pra mim não ia fazer diferença de onde veio a célula. (Selma, 30 anos, manicure e cabeleireira, sem filhos; casada com

Moacir, 31 anos, técnico em meio ambiente, sem filhos). (Grifos da entrevistada).

Nós nunca chegamos a conversar sobre essa possibilidade [de receber óvulos doados] porque não tem esse risco, não é esse o problema, mas esse é um assunto bastante delicado. Pra mim, minha opinião pessoal eu sou um pouco arredio... Eu não aceitaria. E para eu aceitar espermatozoide doado seria mais complicado ainda do que aceitar o óvulo, né? Por que... você teria como... Vamos dizer assim, você saberia no seu interior que é... De outra pessoa, de outro homem, mesmo que não tivesse tido uma relação sexual, né, você teria no seu psicológico, eu, no caso sendo homem, que acho que é um pouco mais difícil. Preconceito mesmo de minha parte, machismo, assim, é um preconceito, né, que eu teria. Para mim aceitar isso seria muito doloroso. (Moacir, casado com Selma).

Nas negociações biológicas da conjugalidade, duas mulheres recusariam receber ambos os gametas – óvulos e/ou espermatozoides – em detrimento de seus parceiros, que aceitariam ambas as recepções. Nestas situações, a causa da infertilidade é fator masculino para o primeiro casal e fator feminino para o outro casal. Segue-se o depoimento do casal Heloísa e Saulo:

Sobre receber doação de óvulos, a gente não conversou não. A gente já conversou sobre o caso de receber doação de espermatozoide porque o problema na verdade é com ele, né? Por ele, tudo bem, eu é que não aceito não. Ele aceitaria numa boa, eu que falei com ele que eu não aceitaria. Eu penso assim... Se fosse comigo, eu não pudesse, é... Tivesse um problema e não tivesse os óvulos... Se fosse para eu aceitar os óvulos eu não ia querer pelo fato de... de não ser meu. Então, com ele... No caso que a gente já viu que não tem problema nenhum com o óvulo, no caso é o espermatozoide que tem essa deficiência, eu falei com ele que eu não aceitaria a doação de espermatozoide pelo mesmo fato que eu não aceitaria a doação de óvulos. Eu quero realizar o meu sonho de ser mãe, de ver o bebê se desenvolver, ver a barriga crescer... Mas é a minha vontade que ele cresça dentro de mim e o espermatozoide não sendo dele, sendo de outro homem, eu não ia me sentir bem. Eu falei com ele que eu não me sentiria bem com isso. (Heloísa, 32 anos, autônoma, sem filhos, casada com Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos).

Caso os óvulos dela não servissem, se ela não tivesse, se o problema fosse dela? [Sim]. Eu aceitaria a doação de óvulos sim. Eu, particular, aceitaria. A gente já conversou sobre isso, cada um tem um pensamento, a gente tem pensamento totalmente diferente do outro. Eu aceitaria porque... se é um sonho nosso, é como se fosse uma doação. Eu creio que é assim, como se fosse uma doação. De qualquer forma a pessoa estaria doando pra mim e eu aceitaria, como eu também seria capaz de doar, sem preconceito nenhum. Se meu esperma não tivesse problema (Ele ri), eu doaria com certeza. Eu também aceitaria a doação de espermatozoide da mesma forma, pela questão

do sonho. Eu não veria mal nenhum, seria como se eu estivesse adotando um filho já nascido, crescidinho. Pra mim seria a mesma coisa de adotar um filho, só que ela ia ter a barriga, o procedimento de estar gerando... Eu ia ser pai de qualquer maneira. (Saulo, casado com Heloísa).

Para alguns entrevistados, como Saulo (do depoimento acima), Décio e Odilon, a justificativa para aceitarem a doação de óvulos e espermatozoides é que “doação é igual à adoção”. Para elucidar essa questão, importa lançar mão dos resultados obtidos por Allebrandt. Ao longo do ano de 2007, a pesquisadora entrevistou juristas, médicos e pesquisadores a fim de compreender como esses atores se situavam no campo das tecnologias reprodutivas conceptivas, sobretudo ante as novas possibilidades (à época) de utilização de material de doadores. Entre os seus entrevistados surgiu, igualmente a presente pesquisa, o paralelo entre adoção e doação. A autora explica a similitude entre as duas práticas calcada no caráter da irrevogabilidade da adoção e da irreversibilidade da doação, mas de fato o ponto de contato concreto entre esses procedimentos é o anonimato do doador. No modelo de adoção em vigor no Brasil, chamada de adoção plena, são eliminados todos os traços da família biológica da certidão de nascimento, da mesma forma que na doação de gametas, que terá obrigatoriamente caráter anônimo, de acordo com as normas brasileiras do Conselho Federal de Medicina. Desse modo, a inexistência de vínculos entre pais biológicos e adotivos, e entre os doadores e receptores sugerem que a aceitação e o sucesso na doação de material biológico reprodutivo adviriam do anonimato.<sup>286</sup> Ainda sobre os avanços e as trocas biológicas possíveis na reprodução assistida, Salem discorre sobre o princípio do anonimato nos casos de Inseminação Artificial com doador (IAD) e as tensões entre natureza e cultura. De acordo com a autora, o princípio do anonimato implica o reconhecimento da primazia dos laços biológicos sobre os laços sociais e, exatamente por isso é que a identidade do doador é ocultada – trata-se de encobrir aquilo que o doador simboliza ou é capaz de deflagrar. Para além dessa explicação, Salem aborda e privilegia a ótica do reconhecimento social do doador: mesmo que este não tenha juridicamente direitos e deveres com a criança, a própria intenção

---

<sup>286</sup> ALLEBRANDT, Débora. Família, anonimato de doadores e adoção: diálogos e concepções. In: ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana Lopes de (Org.). *Fabricando a vida: implicações éticas culturais e sociais do uso de novas tecnologias reprodutivas*. Porto Alegre: Metrópole, p.67-79, 2007.

(da “norma” brasileira) de ocultar a sua identidade atesta a sua importância social e o seu reconhecimento social como o “verdadeiro pai”.<sup>287</sup>

A recusa de recepção de qualquer material reprodutivo por parte de Melina é explicada por ela, seguida da fala de seu marido:

Não, não me interessa. Eu não estou em busca das emoções de uma gravidez, eu estou em busca de um filho. Então eu não aceito doação de óvulos porque eu não tenho interesse nenhum em gerar um filho que não tenha a minha carga genética. É do meu marido com outra, com óvulo de outra mulher. Primeiro que eu acho uma farsa, um teatro que não me interessa. E segundo... Não me interessa! Não é meu! Eu não aceitaria e nem ao contrário, nem se fosse doação de espermatozoide. Não tenho interesse de gerar um filho que fosse meu com outro homem. Não tenho. Eu casei com ele, eu quero ter um filho com ele. Se eu tivesse um filho de outra forma, que não for a que eu busco, seria adotado. Isso aí não teria problema, porque aí eu acho que não é de nenhum dos dois. (Melina, 44 anos, arquiteta e professora universitária, sem filhos; casada com Odilon, 35 anos, arquiteto e professor universitário, sem filhos).

Como eu, eu... A gente tem até a possibilidade de adoção porque é um fato que já existe na família; no caso da adoção não é uma coisa estranha. Então como eu aceito a adoção, eu aceitaria, como homem, a doação [de óvulos] se fosse uma coisa assim: se ela quisesse gestar, ter uma gestação, ter o bebê gerado dentro do corpo dela, se isso fosse uma coisa importante pra ela. Mas a discussão entre a gente é que ela sente mais necessidade de ter um filho com a nossa carga genética, que foge desse caso. Esse caso vai ter a minha carga genética, mas não teria a dela e ela não quer só gerar uma criança. O fato de ser com outro DNA, com óvulo de outra pessoa teria outra carga genética. Eu, na minha possibilidade, como eu aceito a adoção de uma criança de outra pessoa, eu aceitaria. Também se fosse o problema comigo e eu não tivesse espermatozoide eu aceitaria uma doação de espermatozoide se isso fosse importante para ela, o fato de ela sentir aquela função de mãe, de ter... Mas, o nosso objetivo, assim, mais dela do que meu, é de ter um filho com a nossa carga genética. Não vou dizer que eu não quero, eu quero. Eu também gostaria de ter um filho com a minha carga genética, que seria um herdeiro mesmo. Eu aceitaria, mas não adianta, eu só dou 50% da decisão. (Odilon, 35 anos, arquiteto e professor universitário, sem filhos, casado com Melina).

Então, no que tange às possibilidades do uso de gametas (óvulos e espermatozoides) doados, foi recorrente a negativa por parte dos (as) entrevistados (as) mediante a justificativa que “biologicamente o filho não seria seu”. Em contraposição, a justificativa para a aceitação

---

<sup>287</sup> SALEM, Tania. O princípio do anonimato na Inseminação Artificial com Doador (IAD): Das tensões entre natureza e cultura. *PHYSIS*, v.5, n.1, p.33-68, 1995.

do material biológico de outros foi justamente a afirmação de que mesmo que geneticamente o filho não fosse do casal, ele o seria pelo processo corporal da gravidez e o desejo de ser mãe e/ou pai se superporia ao vínculo genético. Como muito bem colocado por Barbosa, a contradição existente nas tecnologias reprodutivas conceptivas é que ao mesmo tempo em que valorizam os laços biológicos e permitem aos casais inférteis terem o seu próprio filho, concomitantemente possibilitam a separação do parente biológico do parente social, por meio de doação de gametas, embriões e pela gestação substituta.<sup>288</sup>

Luna coloca os laços de sangue como símbolos de pertencimento entre as pessoas, de relações de filiação. O sangue, que por vezes se transforma em DNA, garante a semelhança física e de caráter entre pais e filhos e o objetivo das técnicas de reprodução assistida é justamente propiciar o parentesco de sangue.<sup>289</sup> A biologização dos laços familiares e das concepções de parentesco é também afirmada por Fonseca ao estudar as classes populares de Porto Alegre. Ela constatou um elevado número de realizações de testes de paternidade solicitados por mulheres com o objetivo de amparar financeiramente os filhos e também por parte de filhos que desejavam se aproximar do genitor, o que corrobora o DNA como prova do parentesco.<sup>290</sup>

#### *Vale tudo? As “negociações” sociais da conjugalidade: o filho adotivo*

A questão da adoção surgiu nas entrevistas a partir da própria construção do sonho e do desejo de ter um filho entre os casais. Neste subnúcleo exploro as possibilidades de maternidade e paternidade sociais apenas via adoção. Do total de 12 casais entrevistados, quatro casais relataram aceitar a adoção caso as tentativas de ter o filho biológico sejam improfícuas, numa espécie de plano “B”, ou como um recurso derradeiro ao desejo de ter filhos. Foi significativo que dentre esses quatro casais, dois mencionaram a intenção de adotar uma criança independente de terem o seu filho biológico, pois a adoção já é um desejo acalentado por ambos. Vejamos:

---

<sup>288</sup> BARBOSA, Rosana Machin. Relações de gênero, infertilidade e novas tecnologias reprodutivas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.8, n.1, p.224, jan.2000.

<sup>289</sup> LUNA, Naara. *Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p.193.

<sup>290</sup> FONSECA, Claudia. A vingança de Capitu: DNA, escolha e destino na família brasileira contemporânea. In: BRUSCHINI, Cristina; UNBEHAUM, Sandra G. (Org.). *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: FCC: Ed.34, 2002. p.269-293.

Nós já pensamos em adotar sim e é algo que a gente quer, até mesmo por questão de... Do que a gente entende de Deus. Então a gente entende que esse momento [da adoção] vai ser um momento que Deus vai nos dar... (Anália, 33 anos, fisioterapeuta, sem filhos, casada com Tales, 34 anos, consultor de negócios, sem filhos).

Nós temos o desejo de adotar um filho e possivelmente nós iremos fazer isso se as outras tentativas [de FIV] não derem certo. (Tales, casado com Anália).

Sim, sim, nós já pensamos em adoção. Eu acho que ainda não realizamos porque eu me iludo que eu vou conseguir com a FIV. Mas eu vou entrar numa fila de adoção, a gente já tem falado. Eu vou *continuar* (frisa) tentando a FIV, eu vou ó... jogar dos dois lados... (Melina, 44 anos, arquiteta e professora universitária, sem filhos; casada com Odilon, 35 anos, arquiteto e professor universitário, sem filhos).

Nós já conversamos sobre a possibilidade de adoção, mas o nosso foco nesse momento é a fertilização in vitro. Está certo que já deveria até ter entrado no processo [de adoção]. Eu falei pra ela que após essa tentativa, nós vamos aprofundar a nossa pesquisa para ver qual é o procedimento [de adoção]: Fazer a inscrição, descobrir quanto tempo leva, qual é o procedimento... Aí nos vamos nos inteirar desse novo assunto, tá, mas sem deixar de fazer os ciclos de FIV. Vamos colocar como possibilidade no futuro. (Odilon, casado com Melina).

Os casais que pretendem adotar, independente do resultado da FIV apresentam o seguinte discurso:

A gente já conversou sobre adoção sim, inclusive a gente já conversou sobre o fato de a gente fazendo o tratamento, mesmo dando certo e a gente conseguindo, a gente vai adotar um filho também. Por ele, a gente já tinha adotado. (Heloísa, 32 anos, autônoma, sem filhos; casada com Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos).

A gente fez um propósito com Deus: é... Esse filho vindo, a gente vai adotar um de qualquer forma. A gente vai adotar, porque quando vier [o filho biológico], de qualquer forma a gente vai adotar. (Saulo, casado com Heloísa).

Eu pretendo adotar sim, mesmo com o nosso filho biológico. (Liana, 27 anos, decoradora de festas, sem filhos; casada com Décio, 33 anos, enfermeiro, sem filhos).

Nós já conversamos sobre isso. Se não for possível gerado, a gente vai adotar porque sempre foi uma vontade minha, é... Desde que eu me conheço como adulto, como gente, essa vontade de adotar. A gente estava



aguardando esse tratamento pra ver... pra ver o resultado, mas não que... que isso vá impedir a gente de adotar. (Décio, casado com Liana).

Apenas um casal (ambos os integrantes) recusou a possibilidade de adoção, em uma clara demonstração do desejo precípua da descendência biológica como a legitimação da união. No caso em questão, a mulher já possui a sua prole e a paternidade social já é exercida pelo seu atual companheiro, que a ajuda a criar os seus filhos:

Não pensei em adotar porque pra ter dor de cabeça lá na frente... Porque não é aquilo de sangue, a gente não pode pegar, a gente não pode dar um tapa porque ‘ Ah, eu vou falar, eu vou no Conselho Tutelar e isso é aquilo...’ (Judite, 32 anos, empregada doméstica, tem dois filhos; casada com Néelson, 27 anos, ajudante de pedreiro, sem filhos).

Não penso em adotar não porque se não for pra ser meu assim, de sangue, né... Já têm os dois [filhos] dela que eu crio como se fosse meu... Então... Pra quê mais? (Ele ri). (Néelson, casado com Judite).

Além de Néelson, dois outros homens (Irineu e Agenor) justificaram a recusa a adotar uma criança porque o projeto de parentalidade já é exercido entre o casal, uma vez que eles criam os enteados como filhos.

Na presente amostra, seis mulheres acenaram em aceitar a possibilidade de adoção, em detrimento de seus companheiros, que a recusariam:

Eu já pensei em adoção, já até comentei com ele. Ele falou que aceitaria, mas eu sinto que ele tem muita resistência, ele sempre fala para esperar um pouco. Eu acho que seria uma vontade mais minha do que dele. (Lavínia, 28 anos, técnica em radiologia, sem filhos; casada com Alfredo, 29 anos, assessor na Câmara, sem filhos).

Então, a gente já conversou [sobre adoção]. Mais ela do que eu, inclusive. Eu... Eu sempre quero tentar todas às vezes. Depois... Um dia... se a gente não conseguir... pode ser. Eu não penso porque eu quero tentar biologicamente. (Alfredo, casado com Lavínia).

Para a entrevistada abaixo, a adoção seria uma espécie de ato caritativo, talvez pela sua situação vivida de abandono na infância. O seu marido atual não aceitaria por já ter uma filha biológica de outro relacionamento e por ser pai social dos dois filhos de Cibele. Como já visto em outro casal, a legitimidade da atual relação seria concretizada com um filho biológico:

Eu já fiz um comentário com ele [sobre adoção]. Mas aí ele não tem vontade não e eu deixei pra lá. A questão da adoção pra mim era poder ajudar alguma criança que estivesse sofrendo... Eu tenho muita pena de criança indefesa. Eu adotaria por esse motivo e não de ser 'Ah, com intenção de filho'. (Cibele, 33 anos, operadora de caixa desempregada, tem dois filhos, casada com Irineu, 34 anos, tecnólogo em gestão de comércio, tem uma filha).

Outro casal (Inês e Maurílio) que já têm juntos um filho biológico, divide a sua opinião: a mulher aceitaria a adoção, ao passo que seu marido a recusaria. A importância da descendência genética é vista pela fala dele, que teme “características negativas” de caráter do adotado. O que chama a atenção é o receio de que tais características comportamentais e o caráter estejam inscritos “no sangue” da criança a ser adotada e sobre o qual não teria ingerência:

Eu aceitaria adotar uma criança, mas o meu marido não quer. A gente vê tantos casos por aí, né? Ele diz que assim, de... Eu sei que um não pode julgar pelo outro, mas até o outro filho [o de sangue] pode acabar tendo desavença, né? E o adotado também, com os pais, porque não é do próprio sangue. Pode não querer respeitar... Isso é o que o meu marido fala. (Inês, 37 anos, do lar, casada com Maurílio, 40 anos, taxista, com quem tem um filho).

Maurílio mostrou-se evasivo durante toda a nossa conversa, não obstante ter respondido de bom grado a todas as perguntas. As suas respostas negativas tornaram-se mais enfáticas diante das possibilidades de aceitação de recepção de material biológico de outra pessoa e diante da possibilidade de adoção:

Não, eu não penso em adotar não. Eu não penso porque o meu medo... Eu não sei nem se é medo... O meu receio é... é ser o sangue de outra pessoa, e ele, a criança não querer me respeitar, fazer coisa errada. Porque ali sendo o meu sangue é meu sangue. Eu sei que é meu. É, porque eu não tenho costume com maldade, fazer maldade, ou apanhar nada de ninguém... Aí... Sangue da gente. Sangue de outra pessoa a gente não sabe... Então eu não penso nisso não e nem quero. (Maurílio, casado com Inês).

No depoimento de Maurílio está expresso o sangue como um idioma de pertencimento e de inclusão na família. Nas palavras de Luna: “sangue refere-se aos caracteres físicos

observáveis, e serve de veículo de transmissão de caracteres morais, assim biologizados”<sup>291</sup>, daí o receio de Maurílio em introduzir alguém desconhecido na família.

*As várias maternidades e paternidades - O filho biológico X o filho adotado*

Neste subnúcleo, com o intuito de maior clareza, e dentro dos resultados já expostos acima acerca das “negociações da conjugalidade”, eu faço um panorama geral sobre as algumas possibilidades de maternidade e de paternidade – biológicas e sociais - advindas das práticas discursivas dos casais entrevistados e elaboro uma rápida análise acerca dos presentes dados.

Na amostra em questão, no quesito Maternidade apenas Biológica (Maternidade Gestacional e Genética e não social), entendida como a recusa à recepção de material biológico de terceiros – óvulos e espermatozoides além da recusa à maternidade social pela adoção, houve apenas uma participante: Judite, 32 anos, empregada doméstica, com dois filhos de relacionamento anterior. Para Judite só vale a maternidade gestacional e genética: ela gestar e parir a criança com o seu material genético e com o material genético do seu companheiro. Há total imperativo do biológico/genético traduzido pela recusa da adoção e da recepção de material biológico de outros.

Maternidade Biológica (Gestacional/ Genética) e Maternidade Social somente via Adoção: Em relação à aceitação da maternidade social apenas via adoção (mulheres que aceitam a adoção de uma criança que não é geneticamente dela e nem do marido), recusam a recepção de material genético de outros - óvulos e espermatozoides) e só aceitam o uso do material genético do casal, obtive sete entrevistadas, a saber: Celeste, 35 anos, vendedora, com um filho de relacionamento anterior; Anália, 33 anos, fisioterapeuta, sem filhos; Teresa, 32 anos, guarda municipal, sem filhos; Heloísa, 32 anos, autônoma, sem filhos; Inês, 37 anos, do lar, tem um filho; Melina, 44 anos, arquiteta e professora universitária, sem filhos e Cibele, 33 anos, operadora de caixa desempregada, com dois filhos de relacionamento anterior. Aqui temos mulheres que demonstram o imperativo do biológico/genético, do filho de sangue, ao recusar o material biológico (óvulos e espermatozoides) de outras pessoas. Concomitante e paradoxalmente, no sonho de ter um filho, aceitariam serem mães sociais (pela adoção) e dar amor e carinho, para além do patrimônio genético. Há um paradoxo porque ao aceitar óvulo

---

<sup>291</sup> LUNA, Naara. Provetas e clones... p. 182.

e/ou espermatozoide de terceiros, é obrigatória (Pelas Normas do CFM) a semelhança fenotípica (de características externas) entre doadores e receptores; então, não seria publicizado que a criança não é geneticamente do casal, uma vez que ocorreria a gestação como fruto do relacionamento conjugal. Agora, ao aceitar a adoção e a maternidade social estaria explícita a negação do patrimônio genético, uma vez que a criança não seria de nenhum dos dois.

Maternidade Completa (Gestacional e Genética, Gestacional e não-Genética e Social via Adoção) - Quanto à aceitação da maternidade biológica gestacional genética e não genética (entendidas como a mulher gestar com o seu óvulo e a aceitação de material biológico – óvulos e espermatozoides de terceiros) e da maternidade social pela adoção, obtive quatro participantes: Lavínia, 28 anos, técnica em radiologia, sem filhos; Selma, 30 anos, manicure e cabeleireira, sem filhos; Áurea, 33 anos, assistente administrativo, sem filhos e Liana, 27 anos, decoradora de festas, sem filhos). Para essas mulheres, há um misto da importância da maternidade gestacional-genética e social. No sonho de ter um filho “vale tudo”.

Paternidade apenas Biológica (Genética) – Entendida como o homem que recusa a recepção de material biológico (óvulos e espermatozoides de outros), e recusa a adoção, tive a participação de oito homens: Agenor, 43 anos, repositor de estoque de supermercado, sem filhos; Edmundo, 28 anos técnico em enfermagem, sem filhos; Alfredo, 29 anos, assessor na Câmara, sem filhos; Moacir, 31 anos, técnico em meio ambiente, sem filhos; Maurílio, 40 anos, taxista, tem um filho; Floriano, 35 anos, instrutor de autoescola, sem filhos; Néelson, 27 anos, ajudante de pedreiro, sem filhos e Irineu, 34 anos, tecnólogo em gestão de comércio, tem uma filha. Aqui é nítido para os homens o imperativo do biológico, do patrimônio genético como aquilo que faz o verdadeiro pai e a verdadeira mãe.

Paternidade Social somente via Adoção, entendida como a recusa à aceitação de recepção de material biológico de outros (óvulo e espermatozoide) e a aceitação de adotar uma criança de outra pessoa: Apenas um homem, Tales, 34 anos, consultor de negócios, sem filhos. Neste caso paradoxalmente, há uma mistura da importância do biológico/genético apenas do casal (e a recusa do material de outros) e do social, traduzido pela aceitação da adoção, que é igualmente uma criança com outro patrimônio genético, mas não é de nenhum dos dois. Na aceitação da adoção o casal publiciza que a criança não é genética e nem

gestacionalmente de nenhum dos dois, ao passo que aceitar material genético doado seria admitir um terceiro na relação conjugal.

Paternidade Social completa – entendida como os homens que aceitam a recepção de material biológico de terceiros – óvulo e espermatozoides e aceitam a adoção de uma criança de outra pessoa. Neste quesito tivemos três entrevistados: Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos; Odilon, 35 anos, arquiteto e professor universitário, sem filhos e Décio, 33 anos, enfermeiro, sem filhos. Neste caso, há uma mistura da importância do biológico e do social, e no sonho de ter um filho também “vale tudo”.

Diante do exposto alguns resultados em interface com o gênero podem ser apreendidos: As mulheres deste estudo demonstraram uma maior propensão à adoção em relação aos homens (maternidade social só via adoção – 7 contra paternidade social só via adoção – 1). Contudo, há que matizar esse dado, pois no discurso das mesmas a adoção entraria como uma segunda ou última opção em caso de não concretização do filho biológico. Em relação à idealização-concretização do filho biológico, os homens (em número de oito) demonstraram uma maior propensão a este arranjo (o filho sangue do sangue, o patrimônio genético) em detrimento do gênero feminino (apenas uma mulher mostrou predileção pela maternidade exclusivamente biológica). Por fim, no que eu denominei de “vale tudo”, no sentido de aceitação de ambos os tipos de maternidade e paternidade – biológica genética e não genética e social, não houve diferença significativa entre os gêneros, pois quatro mulheres disseram aceitar todos esses arranjos e três homens tiveram a mesma resposta. Uma possível interpretação deste quesito é que no filho a qualquer preço e na realização do sonho de construção de uma família de fato os fins justificam os meios. A própria aceitação de material genético doado (óvulo e espermatozoide) por parte de sete pessoas demonstra que o que vale é a criança ser inscrita em um sistema de filiação, uma vez que a gestação e o parto por si mesmos são demonstrativos de que o filho é daquele casal. Ainda no “vale-tudo”, a maternidade e paternidade sociais aceitas pelas mesmas sete pessoas entrevistadas, confirmaram também o desejo de concretização do casamento e da família por meio de uma criança, que representará a alegria e a plenitude na vida dessas pessoas, não obstante a publicização de que o filho não é de nenhum dos dois.

Torna-se evidente que os casais elaboram as suas negociações diante da magnitude dos seus desejos e sonhos e cada um recorre, ora ao biológico ora ao social em função de seus próprios interesses. Os imbróglis entre natureza e cultura, representada pela ciência são

realçados por Luna: “Os conceitos de natureza e de cultura são também construções. As novas tecnologias reprodutivas são instâncias privilegiadas para visualizar processos de naturalização do que se define por cultural e de culturalização ou socialização de dados ditos naturais”<sup>292</sup>.

Martha Ramírez- Gálvez faz um diálogo do campo da reprodução assistida com a adoção de crianças a partir da constatação de que as duas se configuram como alternativas para superar a ausência involuntária de filhos. Ainda que o resultado esperado de cada um desses processos seja idêntico, há diferentes nuances entre eles no que diz respeito ao patrimônio genético, a experiência da gravidez e o lugar da filiação na configuração da família. Para a autora, com a consolidação da RA no país, a adoção tende a ser cada vez mais protelada em benefício do uso de tecnologias reprodutivas, como um recurso para casais que tentaram, sem êxito, várias técnicas em diversas ocasiões. Ramírez-Gálvez ressalta que o comum entre os dois campos é a tentativa de aproximação da adoção ao modelo biológico-natural da reprodução, entendida como a intencionalidade de preencher o espaço do biológico (dos laços de sangue) ausente na adoção. Essa biologização da adoção se daria por meio de várias estratégias, como a equivalência dada ao tempo de burocracia para a adoção como um período de espera semelhante ao tempo de gestação de um filho biológico; o desejo de adotar crianças recém-nascidas e a escolha de criança com o biótipo similar ao dos adotantes. Se houve a aceitação de uma criança com patrimônio genético diferente da dos pais, espera-se neutralizar, o mais precocemente possível, as marcas da natureza.<sup>293</sup>

### *O céu é o limite?*

Neste último subnúcleo eu exploro as intenções e planos dos casais em relação ao futuro, caso a tentativa de fertilização *in vitro* que estava sendo realizada à época da pesquisa, não lograsse o êxito esperado – a gestação concreta e o nascimento de um bebê. Eu perguntei aos entrevistados se em caso negativo, haveria um limite para a realização de novos ciclos e quem ou o quê estabeleceria esses limites. Dos 12 casais entrevistados, apenas um casal

---

<sup>292</sup> Luna, Naara. Op. cit. p. 277.

<sup>293</sup> RAMÍREZ-GÁLVEZ, Martha. Inscrito nos genes ou escrito nas estrelas?: Adoção de crianças e o uso de reprodução assistida. Trabalho apresentado no Fórum de Pesquisa – “Tecnologias de escrutínio do corpo – uma antropologia das novas ciências da vida”, 26ª Reunião Brasileira de Antropologia, 01 a 04 de junho de 2008. Disponível em: [www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD\\_virtual\\_26\\_RBA/forum\\_de\\_pesquisa/trabalhos/FP%2003/martha%20ramirez.pdf](http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_virtual_26_RBA/forum_de_pesquisa/trabalhos/FP%2003/martha%20ramirez.pdf). Acesso em 22/11/16.

mencionou que não tinha planos de tentar novos procedimentos. Isso ficou bem claro por meio da resposta da mulher e o companheiro demonstrou assentir, com visível contragosto.

Não vou tentar de novo não. [Vão tentar apenas essa vez?] Só. [Por quê?] Ah, os procedimento são muito doloroso. [O que é doloroso, pode explicar?] Olha, nem é a injeção não [refere-se às medicações hormonais que são aplicadas por via subcutânea]. É depois... pra poder aspirar... [os óvulos] Eu não passei por isso ainda, mas pelo... Pela revistinha que eu li... [Eu argumentava: Mas você já foi esclarecida pela equipe sobre essa fase do tratamento]? Já, Já. [Alguém comentou com você que a punção é dolorosa]? Não, ninguém falou não. (Judite, 32 anos, empregada doméstica, tem dois filhos; casada com Néelson, 27 anos, ajudante de pedreiro, sem filhos).

Eu perguntei ao companheiro, uma vez que esta entrevista foi realizada conjuntamente: Qual a sua opinião, Néelson, sobre isso? Se não tiver sucesso na fertilização dessa primeira vez, o que pretende fazer? Vão fazer outros ciclos? “Se ela tá falando que não vai fazer de novo, né?”(Ele sorri bastante contrafeito). Judite imediatamente olha para o marido e responde, em clara e sutil advertência: “Mas nós já conversamos sobre isso. Não vou fazer de novo”.

A entrevista com o casal em questão foi realizada em presença de ambos, como já foi explicado, em uma manhã de domingo, nas dependências da clínica, após Judite ter recebido a medicação. Ela mesma marcou comigo esta ocasião justificando a necessidade que tinha de entrar cedo no trabalho nos dias úteis, bem como o marido, que é ajudante de pedreiro. De fato, compareceram juntos e não se furtaram a responder nada. Percebi que Néelson mostrou-se bastante atento e solícito na entrevista, contudo, as suas respostas eram bastante curtas. Não que ele se eximisse de falar, mas vislumbrei um sentimento de inadequação por parte dele, certo receio de dar respostas “erradas” ou inapropriadas. Quando eu perguntei sobre a escolaridade, Néelson sorriu sem graça e quase que se desculpou por só ter cursado até o 3º ano fundamental. Eu imediatamente argumentei que na nossa conversa não havia respostas certas e erradas, e que ficassem à vontade para falar da forma que lhes aprofundessem. A fala dos casais diante dessa pergunta (número de tentativas de fertilização in vitro), eu interpreto como fruto das relações de conjugalidade, uma vez que todos os casais foram concordantes em suas respostas, exceto o casal acima, Néelson e Judite. Diante da clara negativa dela de repetir os procedimentos em caso de insucesso, ele pareceu aceitar, mas percebi que este não era o seu desejo real. Embora ele não o tenha verbalizado claramente, a sua anuência era uma

negativa. Eu percebi que a razão da busca do casal pela FIV era, na verdade, muito mais dela do que dele pois em certo momento da entrevista, quando eu perguntei como o companheiro participava do tratamento, ela falou claramente ‘que ele não participava em nada, era muito desinteressado’. Neste mesmo sentido, ao explicar as razões por que vieram para a clínica, ambos alegaram desconhecer a possibilidade de terem filhos, uma vez que ela era “operada” e Néelson já havia se consorciado com ela sabendo disso. Tratava-se de uma tentativa de Judite de dar filhos ao marido a partir da descoberta de que com a ciência isso seria possível. (A própria narrativa de ambos sobre a chegada ao Serviço dá pistas nesse sentido). Assim, ela estava cumprindo o seu “papel” social determinado de tentar dar filhos ao seu companheiro e selar a união. Se desse certo ou não, seria outra discussão. Embora ela se mostrasse desejosa de ter um bebê, o gesto que a inseriu no cumprimento do seu “papel” já havia sido determinado e essa ação a eximiria de outras tentativas futuras caso esta não fosse exitosa. Néelson, por sua vez, ao se casar com Judite, aceitou o fato de não poder ter filhos biológicos com ela, pois já sabia dessa impossibilidade clínica. Foi a partir da descoberta da existência do Centro de Infertilidade que as negociações conjugais começaram a ser elaboradas e ele se permitiu trazer à tona a sua esperança e o seu real desejo de ser pai e legitimar uma família com essa companheira. A negativa dela em realizar outros ciclos, em caso de insucesso, representaria uma frustração para ele, que já estava imbuído desse objetivo e isso ficou nitidamente demonstrado na sua fala. A razão exposta por Judite de que “os tratamentos são dolorosos” carecem de validade lógica, e a meu ver representam uma desculpa, um arcabouço para a sua negativa, pois ela mesma confessa não ter receio do concreto e do conhecido (as injeções) e foca seus temores na dor da punção ovular (pela qual ainda não havia passado), não obstante os esclarecimentos prestados pela equipe multiprofissional. É inclusive indicado no livreto informativo da Clínica, que o procedimento é realizado sob anestesia e, portanto, com todas as precauções para evitar e minimizar os desconfortos para as pacientes.

Para os outros onze casais participantes da pesquisa, diante de um insucesso, há planos de novos outros ciclos de fertilização, até conseguirem o seu objetivo maior, que é o filho biológico, como podemos ver:

Se não der certo [essa tentativa], eu vou tentar de novo, entendeu, até eu conseguir, quantas vezes for possível, tudo que esteja no alcance. Vou tentar até Dr. Estevão falar, a equipe falar: ‘ Não dá pra você continuar’... Até eles falarem... Eu vou tentar. Eu sei que depende de cada pessoa, o meu caso, o



meu organismo, como que vai ser... Mas eu vou tentar de novo até conseguir, porque problema pior eu já passei, de ter um filho nos seus braços, estar amamentando e perder. Então aquilo ali eu já passei uma barra, agora eu não vou conseguir? Eu peço a Deus pra conseguir porque problema maior do que eu já tive... Eu pago qualquer preço pra ser mãe de novo... (Celeste, 35 anos, vendedora, tem um filho; casada há 2 anos com Agenor, 43 anos, repositor de estoque de supermercado, sem filhos. Esta é a primeira tentativa de FIV do casal, tentam o filho biológico há 1 ano).

O companheiro de Celeste é da mesma opinião, apesar de ponderar a questão da idade da esposa. Mesmo assim, o fator idade não seria capaz de limitar novas tentativas:

Com certeza a gente vai tentar de novo, porque, porque a gente vê assim que... A gente tá começando agora, a gente nem começamos direito ainda... Tem tanta gente que, pessoas que estão há cinco anos fazendo esse tratamento e consegue lá, quase no sexto ano. Então a gente vai tentar até ter o sucesso. Eu só penso assim... Não é nem por mim, é por ela, pela idade dela, assim... Porque ela tem 35, mas a gente tem que continuar, entendeu? Tem pessoas aí de 40 anos, 42 anos aí, que tá conseguindo, né? E ela tá muito nova ainda, muito nova. Então é por isso que a gente vai continuar até... até... enquanto existir a possibilidade nós vamos tentar. (Agenor, 43 anos, casado com Celeste, sem filhos).

Para alguns casais, as tentativas anteriores frustradas deixam rastros de tristeza, apatia e até mesmo depressão, mas tudo é superado e a esperança ressurgue:

Se não der certo, eu vou tentar de novo sim. Porque da primeira [fertilização in vitro] eu achei: 'Ah, se não der certo é essa e acabou'. Eu sofri muito, fiquei muito abalada e falei: 'Ah, não quero, não quero', mas depois... Aquilo passa e a vontade, o desejo de ser mãe e ter um filho é o que te move, você tem que ter um objetivo. Então o outro tratamento te move, te dá esperança. Eu vou tentar até eu conseguir. Aí, se chegar a idade e eu não conseguir, aí eu vou pensar, mas eu tenho fé que eu consiga antes. A gente vai tentar até... A gente conseguir. (Lavínia, 28 anos, técnica em radiologia, sem filhos; casada há três anos com Alfredo, 29 anos, assessor na Câmara, sem filhos. O casal está na segunda tentativa de FIV e tentam o filho biológico há 2 anos).

Sim, vamos tentar mais vezes, porque eu sempre quis ter filhos. [E qual seria o limite]? Até... Pra mim não teria limite. É... Só se o médico falar: 'Ela não tem mais óvulo.' (Alfredo, 29 anos, assessor na Câmara, casado com Lavínia).

Se não der certo, vamos tentar de novo, até eu conseguir, porque eu quero muito, né, ter outro filho... (Inês, 37 anos, do lar, casada há 16 anos com Maurílio, 40 anos, taxista, com quem tem um filho. Esta é a primeira tentativa de FIV do casal e tentam outro filho biológico há 5 anos).

Acredito que a gente vai procurar novamente, sem dúvida. Ela já tá tentando aí... tentou várias vezes e não conseguiu e tudo dá normal [Refere-se aos exames do casal]. [E qual seria o limite do número de tentativas]? Olha, quantas vezes for preciso... (Ele sorri). Até a Clínica dizer que não pode mais. (Maurílio, 40 anos, um filho, casado com Inês).

Embora a questão da idade e do diagnóstico clínico seja mencionada pela entrevistada a seguir, tais fatores não se constituiriam em real empecilho para novas tentativas:

Vamos tentar de novo. Eu já falei... A gente é assim, eu sempre falo com ele... que enquanto houver chance de a gente tentar... Enquanto for diagnosticado que eu tenho saúde pra eu poder continuar o tratamento, eu vou tentar... Também depende muito do quadro clínico, né? Se a saúde vai estar favorável... A minha preocupação é porque eu já vou fazer 33 anos agora em dezembro (Ela sorri). Então isso me deixa um pouco preocupada, porque além do problema de oligoespermia que ele tem, foi detectado agora no último exame, agora pra essa segunda tentativa, um problema genético no campo 9. Aí isso me deixa um pouco preocupada. [E qual seria o limite de tentativas]? Eu espero que a gente consiga realizar esse sonho, né, com a ajuda da medicina. A gente já pôde observar e entender que o tratamento tem todo o processo que depende muito do organismo reagir ao medicamento... a... aceitação do próprio corpo, da natureza, a aceitar o embrião... Então de acordo com que a equipe for dirigindo, sendo possível, a gente vai tentar até conseguir. A gente espera que... primeiramente Deus, né? Tudo é feito pela vontade Dele. E segundo, que o nosso organismo possa favorecer pra que tudo de certo, né, e que Deus guie a mão dos médicos para os procedimentos dar certo. (Heloísa, 32anos, autônoma, sem filhos; casada há 12 anos com Saulo, 37 anos, autônomo, sem filhos. O casal está há 10 anos em busca do filho biológico e esta é a segunda tentativa de FIV).

Saulo explica que vão tentar novos ciclos caso o “tratamento” atual seja infrutífero, e pondera que o limite seria repercussões na saúde da esposa:

Nós vamos tentar sim. Se tem chance, se tem oportunidade de... de... se tem chance, a gente vai tentar até conseguir. Pra mim não tem limite não, mas se for pra prejudicar a saúde dela, eu prefiro parar. Então, a minha única esperança é só em Deus. Só em Deus. Se for da vontade Dele, vai ser. Se não for da vontade Dele não vai ser. É... a gente tem que esperar Nele. Eu não vou esperar por homens, entendeu? Deus deu talento aos homens, deu dons pros homens pra poder fazer procedimentos. Claro, a gente não vive num mundo isolado, Deus está com a gente e eu creio que deu talento a eles. Como têm talento, a gente espera que eles usam o talento que Deus deu a eles com bastante êxito. (Saulo, 37 anos, sem filhos; casado com Heloísa).

Eu me sinto segura, até mesmo eu falo que tô bem resolvida. Se der certo, muito bem. Se não, eu vou tentar de novo. Eu sei que estou em boas mãos,

primeiramente de Deus, depois dos médicos. E eu tô segura. O não eu já tenho [refere-se à impossibilidade de engravidar sem as técnicas de RHA]. Eu convivo com o não. O sim vai ser alegria. E se der não, eu vou correr atrás até eu conseguir, quantas vezes for preciso, enquanto a equipe liberar. (Selma, 30 anos, manicure e cabeleireira, sem filhos, casada há 3 anos com Moacir, 31 anos, técnico em meio ambiente, sem filhos. O casal está há 2 anos tentando o filho biológico e esta é a primeira tentativa de FIV).

Sim, sim, vamos tentar de novo se não tiver sucesso por causa desse desejo de... ela ser mãe, de eu ser pai, né? [E qual seria o limite de tentativas]? Nós não colocamos um limite. Quantas vezes forem necessárias. Enquanto tiver esperança... nós vamos continuar fazendo. Até a equipe médica dizer quer não dá mais. Seria nesse ponto. (Moacir, 31 anos, técnico em meio ambiente, sem filhos; casado com Selma).

Outro casal que tem 6 anos de casamento e há quatro anos busca o filho biológico está na quarta tentativa de FIV. Eles realizaram três ciclos no Serviço via pagamento particular e esta tentativa estava sendo realizada via Sistema Único de Saúde. Ele assim se exprime quanto às novas tentativas em face de insucessos:

Eu acho que a resposta... Nós já estamos na quarta, né? [refere-se ao número de tentativas de FIV já realizadas]. Não precisa dizer... O limite é o limite... natural. É o limite até o momento. Esse é o meu raciocínio. Eu, se não der certo agora, a gente pretende dar um tempinho, ficar alguns meses, né, pra tocar a nossa vida, deixar caminhar mais naturalmente pra ficar mais tranquilo para fazer outras vezes... Mas o limite é o limite físico (Enfatiza). Do homem teoricamente (Enfatiza)... teoricamente... do homem não tem limite... Da mulher, o limite vai ser o da natureza. (Odilon, 35 anos, arquiteto e professor universitário, sem filhos; casado com Melina, 44 anos, arquiteta e professora universitária, sem filhos).

Diante da minha pergunta sobre novas tentativas de fertilização in vitro em caso de insucesso, o discurso de Melina carrega esperança, luta, não aceitação das condições impostas pela natureza, sofrimento e até certo desencanto:

Sim, eu recorreria de novo. [E qual seria o limite de tentativas]? Eu falei com Dr. Estevão, eu tentaria até morrer. Eu só não falo até morrer porque tem a menopausa antes. E meu marido fala assim: 'Enquanto ela quiser, tá ótimo. Até a menopausa, ela pode tentar quantas vezes ela quiser'. Eu não sofro nada com o tratamento. A não ser psicologicamente, porque a gente sofre. Fisicamente não sofro nada: meu umbigo não fica roxo, dorzinha de cabeça... Eu tomo água, Gatorade®; albumina é um saco... mas a gente enfrenta tudo isso. Remédio... nada disso é problema. As mamas um pouco doloridas, mas... não é nada. *Enfrento* numa boa. Mas... é... psicologicamente a gente sofre. (Grifo da entrevistada).

Melina prossegue, com a voz embargada e chora copiosamente:

Porque é *quase* uma sentença que é dada, tipo assim: ‘Você não pode ter filho’. (Pausa). E eu não aceito essa sentença. Eu não aceito. Eu acho que quem aceita [a sentença de infertilidade] se liberta. De toda a dor e sofrimento. Eu não vou aceitar nunca, mesmo que eu adote uma criança. Se eu não tiver um filho meu, Deus vai ficar me devendo essa! (Melina, 44 anos, casada com Odilon). (Grifo da entrevistada).

O céu é o limite.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar ao fim deste trabalho, a imagem que insiste em manter-se sobre a minha retina é um caleidoscópio, uma figura refletida sobre um jogo de espelhos a produzir diferentes facetas. Isso fala um pouco do que foi para mim trabalhar com este tema. Eu vi perfis, histórias e trajetórias muito singulares representados por pessoas que buscavam a realização do sonho do filho biológico. Foi nítido o encontro, entre os entrevistados usuários do Centro de Infertilidade, de pessoas oriundas dos mais diversos extratos socioeconômicos, diferentes idades, escolaridade, profissões, ocupações e situações de conjugalidade. Por outro lado, a depender do peso da infertilidade sobre as suas vivências e da vontade de superação de tal condição, as percepções e atitudes adotadas variaram enormemente. O fio condutor entre todos eles foi o desejo e o sonho de se tornarem mães e pais. Entre os integrantes da equipe técnica a diversidade também foi a tônica, na medida em que além dos diferentes perfis, houve uma prática discursiva bastante diferenciada.

A despeito de todas as conquistas do Movimento Feminista do último século e das opções de escolha ou não escolha da maternidade pelos métodos contraceptivos, notadamente a pílula anticoncepcional, há uma forte ideologia que sacraliza a maternidade, a paternidade e a construção da família consanguínea e, uma prova disso, são as pressões e cobranças sofridas e narradas pelos casais inférteis. Até mesmo aqueles que já possuem filhos desejam aumentar a sua prole a fim de consolidar, legitimar a relação (quando de segundas núpcias) com um filho que seja dos dois ou para se realçarem socialmente e perante a família de origem.

A busca é precipuamente pelo filho biológico, sangue do sangue, capaz de “honrar” com as suas características de semelhanças físicas e morais dos pais a descendência e confirmar as relações de filiação e parentesco no grupo social. A adoção, embora desejada por alguns casais é mencionada apenas como uma alternativa em caso de impossibilidade de obtenção do filho biológico. Neste sentido, as negociações da conjugalidade são realizadas individualmente, caso a caso e entre cada membro do casal, pois somente eles bancarão os arranjos que lhes aprouverem, em prol da realização do filho biológico e/ou social no que se refere à aceitação de gametas doados.

O viés religioso esteve frequentemente presente, embutido nos depoimentos dos casais, uma vez que a grande maioria declarou-se evangélica ou católica. Deus foi invocado

sempre: como ajuda, como consolo, como o norteador de suas escolhas e ações – tudo acontece de acordo com a Sua vontade e a Sua determinação, mas a crença na racionalidade da ciência também esteve fortemente presente, pois não hesitam em buscar nela a ajuda para as limitações impostas pela natureza. A figura de Deus é também evocada pela equipe técnica que se vê como um instrumento do Alto para a realização do objetivo e do sonho dos casais de terem seus filhos.

As mulheres que chegam ao Centro de Infertilidade foram vistas pela equipe técnica de forma bastante estereotipada, bem como os homens. À elas foram atribuídas características de fraqueza e fragilidade – chorosas, sensíveis, melindráveis, ansiosas, solitárias. Os homens foram vistos pela maior parte da equipe como ausentes, pois os depoimentos deram conta que eles só compareciam ao Serviço de Infertilidade no momento da coleta de sêmen. Levanto aqui a hipótese de que tal imagem sobre os homens é corroborada pela própria rotina e pelos protocolos da clínica, na medida em que colocam como obrigatoriedade o comparecimento do parceiro apenas na primeira consulta do casal e no momento da coleta de material biológico. Por meio desse protocolo há uma valorização, por parte da equipe do papel da mulher como a responsável pela reprodução, em detrimento da participação masculina, em um reforço do papel do homem como provedor, o qual constantemente ocupado pelas lides diárias escusa-se de comparecer muitas vezes à clínica. As impressões por mim obtidas em relação às mulheres e homens usuários da Clínica de Infertilidade foram diametralmente opostas às da equipe multiprofissional. As mulheres de modo algum se mostraram frágeis, melindráveis ou submissas, ao contrário: fortes, aguerridas, determinadas, mostraram uma trajetória de lutas e superação de obstáculos diversos para chegar ao “tratamento” e nele permanecer. Embora tenham demonstrado emoção em vários momentos da entrevista, com choro livre, avalizaram a participação dos companheiros na pesquisa e diante da descoberta da situação de infertilidade, longe de assumirem a “culpa” pela condição do marido, pela sua condição ou pela condição do casal, buscaram estudar e se informar a respeito dos procedimentos através de livros, revistas e sites especializados na internet. Os homens, sob a minha perspectiva, não foram ausentes, o que foi corroborado pelas entrevistas realizadas com os casais. Três deles estavam de férias e acompanharam as esposas na clínica durante o recebimento das medicações, ocasiões em que foram abordados e deram os seus depoimentos. Outro homem compareceu espontaneamente com a sua companheira em um domingo de manhã (em que ela ia receber a medicação) para

participar da entrevista. Em uma postura totalmente subversiva em relação aos estereótipos de gênero, os homens falaram. Eles se desnudaram e expuseram livremente os seus sentimentos, angústias e percepções e um deles deu livre curso às suas emoções ocultas por meio de lágrimas copiosas. Foi bastante significativo que dois homens e uma mulher, ao final das nossas entrevistas, tenham comentado que eu embora fosse médica, mais parecia psicóloga, talvez em uma gentil referência à minha postura de liberdade e disposição em ouvi-los.

A maternidade para as mulheres é colocada e sentida como o seu papel supremo, em detrimento de qualquer outro; é a própria construção e concretização da sua condição de ser mulher e de seu lugar de estar no mundo. A maternidade é um presente, uma dádiva divina, capaz de transformar as suas existências “desde novinhas”, pois o desejo de serem mães “já nasce com a pessoa”, dando mostras da existência de um amor materno inerente ao feminino e não construído, conforme vimos amplamente discutido por Elisabeth Badinter, em “Um Amor Conquistado: O mito do amor materno.” A paternidade, em contrapartida é um projeto; ela é construída a partir do momento que os homens encontram uma companheira com quem possam edificar uma relação de respeito e afeto mútuos. Ser pai é também muito importante, se não como um elemento identitário, como uma forma de afirmação da capacidade reprodutiva masculina e do desejo de perpetuar seu nome e sua descendência. Ser pai é principalmente transmitir amor, conhecimento e educar, a partir de valores geracionais. Alguns entrevistados novamente subverteram os estereótipos de gênero ao mencionarem que a paternidade “é tudo que desejam” e é a realização de um sonho e que desejavam ser pais “desde sempre” ou desde muito jovens.

O filho é visto como a realização ou a concretização do casamento e da família, pois um casal sem filhos não é completo, “falta algo”. A criança é capaz de unir ainda mais o casal (que já havia se unido diante do projeto conjunto de busca pelo filho biológico, dificultado pela infertilidade) e trazer alegria e plenitude, preencher o vazio e o silêncio em que se encontram mergulhados. Um filho também significa prosseguir a linhagem, a descendência e é ele quem dá sentido à vida do casal, “para que as coisas conquistadas não fiquem por aí, largadas”. A visão idílica de família e de filhos é traduzida pelo “apagamento” das ambivalências da maternidade e da paternidade e pelo não-reconhecimento dos possíveis conflitos que fazem parte das relações humanas. As falas da equipe técnica dão conta de que as mulheres que buscam o Centro de Infertilidade desejam prioritariamente “dar filhos ao marido” para “segurá-los” na relação. Em que pese um grande desejo e empenho em prol do

filho, não foi percebido nenhum indício de ruptura da relação conjugal pela ausência de filhos, o que ficou manifesto também nos relatos de ausência de cobranças e acusações entre o casal.

A família heterossexual nuclear é a norma elencada pela maior parte dos casais entrevistados, que mencionaram condenar os casais homossexuais que desejam ter filhos biológicos ou que desejam adotar, e utilizam como justificativa o receio de repercussões sobre o psiquismo das crianças diante desse tipo de arranjo familiar. Ao contrário, a equipe técnica compartilha entre si uma opinião diversa ao explicitarem a vontade de homossexuais de terem filhos – biológicos ou não – como um direito reprodutivo e uma benesse para muitas crianças que vivem em instituições de acolhimento. Houve ressalvas apenas à “produção independente”, por prescindir da presença do pai na procriação e na criação da futura criança, o que também poderia acarretar consequência negativas para o desenvolvimento emocional infantil.

A trajetória familiar dos entrevistados em suas famílias de origem, feliz ou infeliz, ou mesmo feliz com dificuldades, é um modelo a ser seguido. Se as experiências vividas na infância junto às famílias de origem foram felizes, há um claro desejo de reproduzir e construir a sua nos mesmos moldes e educar os filhos com os mesmos valores com que foram educados. De forma oposta, diante de experiências familiares infelizes na infância – permeadas por situações de omissão, negligência ou violência – a tentativa é de aprendizagem com os erros cometidos pelos genitores e estabelecer-se o firme propósito de evitar cometer os mesmos equívocos com a família a ser construída. Talvez isso advenha da noção, por parte da maioria dos entrevistados, de que a família é a base, é a estrutura, é tudo, é o núcleo primário de amor e de compreensão. Diante de tais valores, a construção da família nuclear, composta pelo pai, mãe e filhos, é uma meta de realização pessoal e de plenitude para o casal.

Embora a todo o momento seja colocado pela equipe técnica os índices reais de insucesso das técnicas de reprodução humana assistida, isto não é um empecilho para que os casais se obstinem cada vez mais na busca pelo filho “sangue do seu sangue”. As tentativas anteriores frustradas de fertilização in vitro; a regulação das relações sexuais; os medicamentos recebidos para a indução da ovulação, que trazem desconfortos físicos e emocionais; os exames frequentes e repetidos (ultrassonografias, exames de sangue); a obrigatoriedade da ingestão de no mínimo 3 litros de água por dia, albumina e isotônicos; os deslocamentos de casa ou do trabalho diariamente para ir à Clínica... Nada disso é encarado



como dificuldade ou obstáculo por parte dos casais. Ao contrário: os potenciais riscos e desconfortos dos procedimentos são voluntariamente minimizados pelos usuários do CIN-NF e a trajetória longa (em muitos casos) e sofrida até a descoberta das causas da infertilidade, embora eivada de tristeza e até mesmo de revolta, transforma-se em uma espécie de estímulo e de símbolo de força para a luta, que não os deixam esquecer que juntos, poderão superar todos os desafios e obstáculos. Diante de insucessos nas técnicas de reprodução assistida e na obtenção do filho, as respostas foram quase unívocas: novas tentativas de fertilização in vitro serão realizadas, “tantas vezes quantas forem necessárias”. O único e talvez possível limitador seria consequências para a saúde da mulher colocadas pelos médicos da equipe multiprofissional. Indubitavelmente, na busca pelo filho a qualquer preço, o céu é verdadeiramente o limite.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Cristiane de Cássia Nogueira Batista de. *A infância vitimizada: retrato da violência doméstica contra a criança em São João da Barra*. Dissertação de Mestrado em Sociologia Política. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes, 2012.

AGACINSKI, Sylviane. *Política dos sexos*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

\_\_\_\_\_. *Corps em Miettes*. Paris: Flammarion, 2009.

ALLEBRANDT, Débora. Família, anonimato de doadores e adoção: diálogos e concepções. In: ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana Lopes de (Org.). *Fabricando a vida: implicações éticas culturais e sociais do uso de novas tecnologias reprodutivas*. Porto Alegre: Metrópole, 2007.

\_\_\_\_\_. Caminhos percorridos: o acesso as NTRC e suas implicações. In: ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana Lopes de (Org.). *Fabricando a vida: implicações éticas culturais e sociais sobre o uso de novas tecnologias reprodutivas*. Porto Alegre: Metrópole, 2007.

ALVES, Branca Moreira. *Ideologia & Feminismo: a luta da mulher pelo voto no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1980.

ALVES, Branca Moreira; PITANGUY, Jacqueline. *O que é feminismo*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

ALVES, José Eustáquio Diniz; CAVENAGHI, Suzana Marta; BARROS, Luiz Felipe Walter. A família DINC no Brasil: algumas características sócio-demográficas. Rio de Janeiro: IBGE. *Escola Nacional de Ciências Estatísticas*, 2010.

ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ATLAN, Henri. *O útero artificial*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

\_\_\_\_\_. *Um é o outro*. Relações entre homens e mulheres. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

\_\_\_\_\_. *Rumo equivocado – o feminismo e alguns destinos*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

\_\_\_\_\_. *O conflito: a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BADINTER, Elisabeth (Org.). *Palavras de homens (1790-1793)/ Condorcet, Prudhomme, Guyomar... [et al.]*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.

BARBOSA, Rosana Machin. *Desejo de filhos e infertilidade: um estudo sobre reprodução assistida no Brasil*. Tese de Doutorado em Sociologia. Departamento de Sociologia da

Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

\_\_\_\_\_. Relações de gênero, infertilidade e novas tecnologias reprodutivas. *Estudos Feministas*, v.8, n. 1, jan.2000.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed.70, 1975.

BAUER, Martin W; GASKELL, George (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som*. Um manual prático. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

BEAUVOIR, Simone. *O segundo sexo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

BERRIOT-SALVADORE, Evelyne. El discurso de la medicina y de la ciência. In: DUBY, Georges; PERROT, Michelle. *Historia de las mujeres*. Tomo 6. Del Renacimiento a la Edad Moderna – Discurso y dissidências. Madri: Taurus, 1993.

BÍBLIA SAGRADA. Livro do Gênesis.

BORDO, R. Susan. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: JAGGAR, M. Alison; BORDO, R. Susan. *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1999.

\_\_\_\_\_. *O senso prático*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

BOZON, Michel. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

BRASIL. Código Penal. Código Penal Brasileiro. Decreto Lei 2.848/1940. Brasília, DF.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do Planejamento Familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005. Regulamenta os incisos II, IV e V do §1º do art.225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados – OMG e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança – CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança – PNB, revoga a Lei nº8.974, de 5 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória nº2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os art. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº426/GM, de 22 de março de 2005. Brasília, DF: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº388, de 06 de julho de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº1.187, de 13 de julho de 2005.

BRASIL. Resolução nº 1.358/1992 do Conselho Federal de Medicina, de 11 de novembro de 1992.

BRASIL. Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

BRASIL. Resolução nº 1.957/2010 do Conselho Federal de Medicina, de 15 de dezembro de 2010.

BRASIL. Resolução nº 2.013/2013 do Conselho Federal de Medicina, de 16 de abril de 2013.

BRASIL, Resolução nº 2.121/2015, do Conselho Federal de Medicina, de 16 de julho de 2015.

BUTLER, Judith. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. 3.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

CHATEL, Marie-Magdeleine. Mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução. Rio de Janeiro: Campo Matêmico, 1995.

CHODOROW, Nancy. *Psicanálise da maternidade*. Uma crítica a Freud a partir da mulher. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

COLLUCCI, Cláudia. *Quero ser mãe*: histórias reais de mulheres que engravidaram com a ajuda da ciência. Ribeirão Preto, SP: Palavra Mágica, 2000.

COREA, Gena. *The mother machine*: reproductive technologies from artificial insemination to artificial wombs. London: The Women's Press Ltd, 1988.

\_\_\_\_\_. Os riscos da fertilização in vitro. In: SCAVONE, Lucila. *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo: Editora da UNESP, 1996.

CORRÊA, Marilena Villela. Novas tecnologias reprodutivas: bem-vindas reflexões feministas. *Estudos Feministas*. Florianópolis, v.6, n.1, p.126-137, 1998.

\_\_\_\_\_. *Novas tecnologias reprodutivas*. Limites da biologia ou biologia sem limites? Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

CORRÊA, Marilena Villela; LOYOLA, Andréa Maria. Novas tecnologias reprodutivas: novas estratégias de reprodução? *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 9 (1): 209-237, 1999.

\_\_\_\_\_. Reprodução e Bioética. A regulação da reprodução assistida no Brasil. *Caderno CRH*, Salvador, v. 18, n. 43, p. 103-112. Jan/abr. 2005.

COSTA, Rosely Gomes. *Concepção de filhos, concepção de pai*: algumas reflexões sobre reprodução e gênero. Tese de Doutorado em Ciências Sociais. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas, 2001.

\_\_\_\_\_. Sonho do passado versus plano para o futuro: gênero e representações acerca da esterilidade do desejo por filhos. *Cadernos Pagu*, n. 17-18, 2002.

COSTA, Suely Gomes. Movimentos feministas, feminismos. *Estudos Feministas*, v.12 (N.E), set./dez.2004. p.23-36.

CUNHA, Antônio Carlos Rodrigues da; WANDERLEY, Miriam da Silva; GARRAFA, Volney. Fatores associados ao futuro reprodutivo de mulheres desejosas de gestação após ligadura tubária. *Rev. Bras. de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v.29, nº5, jan./mai. 2007.

DEVREUX, Anne- Marie. A paternidade na França: entre igualização dos direitos parentais e lutas ligadas às relações sociais de sexo. *Sociedade e Estado*, Brasília, v.21, n.3, set./dez.2006.

DINIZ, Debora; COSTA, Rosely Gomes. Infertilidade e infecundidade: acesso às novas tecnologias conceptivas. *Série Anis 37*, Brasília, Letras Livres, 1-9, fevereiro 2005.

DOMINGUES, Sana Gimenes Alvarenga. “Meu corpo me pertence?” Maternidade, aborto e poder médico em Campos dos Goytacazes/RJ. Tese de Doutorado em Sociologia Política, Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, 2015.

DONZELOT, Jacques. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

FALUDI, Susan. *Backlash: o contra-ataque na guerra não declarada contra as mulheres*. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

FARGANIS, Sondra. O Feminismo e a reconstrução da Ciência Social. In: JAGGAR, Alison M., BORDO, Susan R. *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997. p. 224- 239.

FERRAND, Michèle. Les “bénéfices” de la medicalisation de la procréation. In: DE VILAINÉ, Anne- Marie; GAVARINI, Laurence; LE COADIC, Michèle. *Maternité em mouvement*. Les femmes, la re/production et les Hommes de Science. Montréal, Quebec: Editions Saint- Martin, 1986. p. 171-174.

FIRESTONE, Shulamith. *A dialética do sexo: um manifesto da revolução feminista*. Rio de Janeiro: Editorial Labor do Brasil, 1976.

FONSECA, Claudia. A vingança de Capitu: DNA, escolha e destino na família brasileira contemporânea. In: BRUSCHINI, Cristina; UNBEHAUM, Sandra G. (Org.). *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: FCC: Ed.34, 2002. p.269-293.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, v. 1, 11. ed., 1983.

\_\_\_\_\_. *O nascimento da clínica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, Dominique. Controverses et anathèmes au sein du féminisme français dos années 1970. *Rev. Cahiers Du Genre* (2005/02) n°39.

FOUQUE, Antoinette. *Il y a deux sexes – Essais de féminologie*. Paris: Gallimard, coll. Le Débat, 2004.

FRIEDAN, Betty. *A mística feminina*. Petrópolis: Vozes, 1971.

GALSTER, Ingrid. Cinquenta anos depois de O Segundo Sexo, a quantas anda o feminismo na França?: uma entrevista com Michelle Perrot. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 11, n.2, jul./dez.2003. p.513-521.

GARCIA, Carla Cristina. *Breve História do Feminismo*. São Paulo: Claridade, 2011.

GARCIA, Sandra; BELLAMY, Miriam; RUSSI, Karin de. Considerações sobre Reprodução Assistida no Contexto Brasileiro. In: Anais do XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, 2012.

GILLIGAN, Carol. *Uma voz diferente – Psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982.

GOLDENBERG, Mirian; TOSCANO, Moema. *A revolução das mulheres – um balanço do Feminismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1992.

GROSSI, Miriam Pillar; HEILBORN, Maria Luiza; RIAL, Carmen. Entrevista com Joan Scott. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.6, n.1, jan.1998.

HEFEZ, Serge. Au nom du père. In: WELZER-LANG, Daniel; ZAUCHE -GAUDRON, Chantal (Org.). *Masculinités: État des lieux*. Toulouse: Éditions Érès, 2011.

HEILBORN, Maria Luiza. Gênero: Um olhar estruturalista. In: PEDRO, Joana Maria; GROSSI, Miriam Pillar (Org.). *Masculino, feminino, plural – gênero na interdisciplinaridade*. Florianópolis: Editora Mulheres, 2006.

HÉRITIER, Françoise. A coxa de Júpiter. Reflexões sobre os novos modos de procriação. *Rev. Estudos Feministas*, v.8, n° 1, 2000. p. 98-114.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, v.37, n. 132, set./dez.2007.

HOPKER-AZEMAR, Françoise. De la difficulté des hommes à vivre les protocoles de l'aide médicale à la procréation. In: WELZER-LANG, Daniel; GAUDRON, Chantal Zaouche. *Masculinités: état des lieux*. Toulouse: Editions Érès, 2011. p. 245-253.

JACCOUD, Mylène; MAYER, Robert. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: POUPART, Jean et. al. *A Pesquisa Qualitativa: Enfoques Epistemológicos e Metodológicos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

KATZUNG, Bertram G. *Farmacologia básica e clínica*. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

KNIBIEHLER, Yvonne. La mère définie par les médecins um rapel historique. In: DE VILAINÉ, Anne- Marie; GAVARINI, Laurence; LE COADIC, Michèle. *Maternité em mouvement*. Les femmes, la re/production el les hommes de science. Montréal, Quebec: Editions Saint- Martin, 1986. p.148-151.

KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des mères et de la maternité em Occident*. Paris: Press Universitaires de France, 2000. (Versão digitalizada – e-book).

KNIBIEHLER, Y; FOUQUET, C. *La femme et les medecins*. Paris: Hachette, 1983.

KNIBIEHLER, Yvonne. Cuerpos Y corazones. In: DUBY, Georges; PERROT, Michelle. *Historia de las mujeres*. Tomo 8. El siglo XIX – Actividades y reivindicaciones. Madri: Taurus, 1993.

LABORIE, Françoise. Novas tecnologias de reprodução: risco ou liberdade para as mulheres? *Estudos Feministas*, v.1, n.2, p.435-447, 1993.

\_\_\_\_\_. La reproduction: les femmes et la Science. Des scientifiques em mal de maternité? In: DE VILAINÉ, Anne- Marie; GAVARINI, Laurence; LE COADIC, Michèle. *Maternité en mouvement*. Les femmes, la re/production et les hommes de science. Montréal, Quebec: Editions Saint- Martin, 1986. p.181-187.

LAQUEUR, Thomas Walter. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LE BRETON, David. *Adeus ao corpo: Antropologia e Sociedade*. Campinas, SP: Papirus, 2003.

LE COADIC, Michèle. Maternité subversion. In: DE VILAINÉ, Anne-Marie; GAVARINI, Laurence; LE COADIC, Michèle. *Maternité en mouvement*. Les femmes, la re/production et les hommes de science. Montréal, Quebec: Editions Saint- Martin, 1986. p. 39-40.

LUNA, Naara. Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

\_\_\_\_\_. Pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.9, n°2, 2001.

MACHADO, Lia Zanotta. Estudos de Gênero: para além do jogo entre intelectuais e feministas. In: SCHPUN, Monica Raisa (Org.). *Oito olhares sobre mulheres e relações de gênero*. Florianópolis: Editora Mulheres, 1997. p.93-139.

MAKUCH, María Y; PÁDUA, Karla Simônia de; PETTA, Carlos A; OSIS, Maria José Duarte, BAHAMONDES, Luis. Inequitable access to assisted reproductive technology for the low-income Brazilian population: a qualitative study. *Human Reproduction*, n°8, v.26, 2011. Pp.2054-2060.

- MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- MATOS, Maria Izilda Santos de, SOIHET, Rachel (Org). *O corpo feminino em debate*. São Paulo: Editora UNESP, 2003.
- MAYORGA, Claudia et. Al. As críticas ao gênero e a pluralização do feminismo: colonialismo, racismo e política heterossexual. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.21, n.2, mai./ago. 2013. p. 463- 484.
- MELO, Érica. Feminismo: velhos e novos dilemas. Uma contribuição de Joan Scott. *Cadernos Pagu*, n.31, jul./dez.2008. p.553-564.
- MIGUEL, Luis Felipe. A igualdade e a diferença. In: MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. *Feminismo e política: uma introdução*. 1.ed. São Paulo: Boitempo, 2014.
- MILL, John Stuart. *A sujeição das mulheres*. Coimbra: Almedina, 2006.
- MOLINA, Aurelio. Laqueadura tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p.134.
- NASCIMENTO, Pedro. Pagando o preço: uma etnografia do acesso ao Serviço Público de Reprodução Assistida em Porto Alegre/RS. In: ALLEBRANDT, Débora; MACEDO, Juliana Lopes de. (Org.). *Fabricando a vida: implicações éticas culturais e sociais do uso de novas tecnologias reprodutivas*. Porto Alegre: Metrópole, 2007.
- NYE, Andrea. *Teoria feminista e as filosofias do homem*. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1995.
- NOVAES, Simone B. Enjeux sociaux de la fécondation artificiele. In: DE VILAINÉ, Anne-Marie; GAVARINI, Laurence; LE COADIC, Michèle. *Maternité en mouvement*. Les femmes, la re/reproduction et les hommes de science. Montréal, Quebec: Editions Saint- Martin, 1986.
- ODENT, Michel. *O Renascimento do parto*. Florianópolis: Saint Germain, 2002.
- OLIVEIRA, Fátima. Expectativas, falências e poderes da medicina da procriação: gênero, racismo e Bioética. In: SCAVONE, Lucila. *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo: Editora da UNESP, 1996.
- PEDRO, Joana Maria. Corpo, prazer e trabalho. In: PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana Maria (Org.). *Nova História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2012.
- PINTO, Céli Regina Jardim. Feminismo, História e poder. *Rev. Sociologia Política*, Curitiba, v.18, n.36, jun.2010. p. 15-23.
- PITANGUY, Jacqueline; ALVES, Branca Moreira. *O que é feminismo*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1982.



PRADO, Maria Lígia; FRANCO, Stella Scatena. Participação feminina no debate público brasileiro. In: PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana Maria (Org.). *Nova História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2012.

RAGO, Margareth. Epistemologia feminista, gênero e História. In: PEDRO, Joana Maria, GROSSI, Miriam Pillar (Org.). *Masculino, feminino, plural*. Gênero na interdisciplinaridade. Florianópolis: Editora Mulheres, 2006. p. 21-41.

\_\_\_\_\_. E se Nietzsche tivesse razão? A categoria do gênero no pós-estruturalismo. In: SCAVONE, Lucila (Org.). *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo: UNESP, 1996. p. 31-43.

RAMÍREZ- GALVÉZ, Martha Celia. *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro*. Tese de Doutorado em Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

\_\_\_\_\_. Reprodução assistida, consumo de tecnologia, deslocamentos e exclusões. *Ciênc. Cult.* V. 60. N.1, São Paulo, 2008.

\_\_\_\_\_. Corpos fragmentados e domesticados na reprodução assistida. *Cadernos Pagu* (33), jul./dez 2009, p. 83-115.

\_\_\_\_\_. A fertilização tecnológica de nossos corpos. In: FERREIRA, Verônica; ÁVILA, Maria Betania; PORTELA, Ana Paula (Org.). *Feminismo e novas tecnologias reprodutivas*. Recife: SOS Corpo, 2006.

\_\_\_\_\_. Inscrito nos genes ou escrito nas estrelas?: Adoção de crianças e uso de reprodução assistida. Trabalho apresentado no Fórum de Pesquisa – “Tecnologias de escrutínio do corpo – uma antropologia das novas ciências da vida, na 26ª Reunião Brasileira de Antropologia.

REIS, Ana Regina Gomes dos. *Do Segundo Sexo à Segunda Onda: discursos feministas sobre a maternidade*. Dissertação de Mestrado na Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia, 2008.

\_\_\_\_\_. O *ETHOS* em tempos de Bioética: o *SITE* como tropo. In: FERREIRA, Verônica; ÁVILA, Maria Betania; PORTELLA, Ana Paula (Org.). *Feminismo e novas tecnologias reprodutivas*. Recife: SOS CORPO, 2006.

RIAL, Carmen; LAGO, Mara Coelho de Souza; GROSSI, Miriam Pillar. Relações sociais de sexo e relações de gênero: entrevista com Michèle Ferrand. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.13, n.3, set./dez.2005. p. 677-689.

RODRIGUES, Denise. *Socorro, quero ser mãe!* São Paulo: Peirópolis, 1999.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

\_\_\_\_\_. *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

- ROTANIA, Alejandra Ana. Biologia moderna, feminismo e ética. In: SCAVONE, Lucila (Org.). *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo: Editora UNESP, 1996.
- ROUDINESCO, Elisabeth. *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- ROUSSEAU, Jean Jacques. *Emílio ou Da Educação*. 3. ed., São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- ROUYER, Véronique. Dialectique du genre et de la parentalité. Réflexions autor de l' évolution contemporaine de la paternité et de la maternité. In: WELZER-LANG, Daniel; GAUDRON, Chantal Zaouche (Org.). *Masculinités: état des lieux*. Toulouse: Editions Érès, 2011. p. 79-89.
- SAFFIOTI, Heleieth. *A mulher na sociedade de classes – mito e realidade*. 3.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.
- SALEM, Tania. O princípio do anonimato na Inseminação Artificial com Doador (IAD): Das tensões entre Natureza e Cultura. *PHYSIS*, v.5, n.1, p.33-68, 1995.
- SAMRSLA, Mônica; NUNES, Juliana Cezar; KALUME, Carolina; CUNHA, Antônio Carlos Rodrigues da; GARRAFA, Volnei. Expectativa de Mulheres à espera de Reprodução Assistida em Hospital Público do DF – Estudo Bioético. *Revista Associação Médica Brasileira*, nº53, v.1, 2007. Pp. 47-52.
- SANTOS, Rafael França Gonçalves dos. *As aparências enganam? A arte de fazer-se travesti*. Curitiba: Appris, 2015.
- SARTI, Cynthia Andersen. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.12, n.2, mai./ago. 2004. p.35-50.
- \_\_\_\_\_. Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro. *Cadernos Pagu*, n.16, 2001. p. 31-48.
- SCAVONE, Lucila. *Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais*. São Paulo: UNESP, 2004.
- SCAVONE, Lucila (Org.). *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.
- SCAVONE, Lucila. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.5, n.8, p.47-60, 2001.
- \_\_\_\_\_. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. *Cadernos Pagu*, (16) 2001: pp. 137-150.
- \_\_\_\_\_. Estudos de gênero: uma sociologia feminista? *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n.1, jan./abr. 2008. p.173-186.
- SCHIENBINGER, Londa. *O feminismo mudou a ciência?* Bauru, SP: EDUSC, 2001.

SCOTT, Joan Wallach. O enigma da igualdade. *Rev. Estudos Feministas*, Florianópolis v. 13, n.1, jan./abr. 2005.

\_\_\_\_\_. *A Cidadã Paradoxal: as feministas francesas e os direitos do homem*. Florianópolis: Editora Mulheres, 2002.

\_\_\_\_\_. “La querelle des femmes” no final do século XX. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 2º sem. 2001. p. 367-388.

\_\_\_\_\_. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, v. 20, n.2, jul./dez, 1995. p. 71-79.

\_\_\_\_\_. Prefácio a gender and politics of history. *Cadernos Pagu*, n.3, 1994. p. 11-27.

\_\_\_\_\_. História das Mulheres. In: BURKE, Peter. *A Escrita da História – novas perspectivas*. São Paulo: UNESP, 1992.

SERAFINI, Paulo et al. *O bê a bá da infertilidade*. São Paulo: Organon, 1998.

SILVA, Marinete dos Santos. Costureira, Artista, Prostituta ou Cidadã? As francesas no espaço público carioca no século XIX e suas vozes dissonantes. In: FARIA, Lia; LÔBO, Yolanda. *Vozes femininas do Império e da República: caminhos e identidades*. Rio de Janeiro: Editora FAPERJ, 2013.

\_\_\_\_\_. Reprodução, sexualidade e poder: as lutas e disputas em torno do aborto e da contracepção no Rio de Janeiro, 1890-1930. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. V.19, n.4, out.-dez. 2012. p.1241-1254.

SILVA, Marinete dos Santos; ABREU, Cristiane de Cássia Nogueira Batista de. “Tudo muda, mas nada muda”: o diferencial feminino e a divisão sexual do trabalho. *Caderno Espaço Feminino*, Uberlândia, MG, v.29, n.1, jan./jun.2016.

SOIHET, Rachel. *Condição feminina e formas de violência: mulheres pobres e ordem urbana, 1890-1920*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.

SORJ, Bila. Trabalho remunerado e trabalho não-remunerado. In: VENTURI, Gustavo; RECÁMAN, Marisol; OLIVEIRA, Suely (Org.). *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SOUZA, Maria do Carmo B. de. Latin America and access to Assisted Reproductive Techniques: a Brazilian perspective. *JBRA Assisted Reproduction*, n°18, v.2, 2014. Pp.47-51.

STUDART, Heloneida. *Mulher objeto de cama e mesa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1974.

TABET, Paola. Fertilité naturelle, reproduction forcée. In: Mathieu, Nicole-Claude (Dir.). *L'arrondissement des femmes: essais em anthropologie des sexes*. Paris: Éditions de L'EHESS, 1985.p.61-132.

TAMANINI, Marlene. Do sexo cronometrado ao casal infértil. In: GROSSI, Miriam; PORTO, Rozeli; TAMANINI, Marlene (Org.). *Novas tecnologias reprodutivas: questões e desafios*. Brasília: Letras Livres, 2003.

TUBERT, Silvia. *Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1996.

VARGAS, Eliane Portes. Gênero e infertilidade na ótica feminina. In: Regina Maria Barbosa et al. (Org.). *Interfaces – gênero, sexualidade e saúde reprodutiva*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2002.

\_\_\_\_\_. A figueira do inferno: os reveses da identidade feminina. *Estudos Feministas*, Florianópolis, jan.1999.

VIEIRA, Meloni Elisabeth. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

\_\_\_\_\_. O arrependimento após a esterilização cirúrgica. *Cad. Saúde Públ.*, RJ, v.14 (Supl.1), 1998.

\_\_\_\_\_. O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas. *Rev. Bras.de Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro, v.29, nº5, p. 225-229, mai.2007.

VIEIRA, Fernanda Bittencourt. *As tecnologias da reprodução: discursos sobre a maternidade e a paternidade no campo da reprodução assistida no Brasil*. Tese de Doutorado em Sociologia. Universidade Nacional de Brasília, 2008.

WALKOWITZ, Judith R. Sexualidades peligrosas. In: DUBY, George; PERROT, Michelle. *História de las mujeres*. Tomo 8. El siglo XIX – Actividades Y reivindicaciones. Madri: Taurus, 1993.

### **Jornais e Revistas.**

Elle. Interview de Dorothée Werner, 06 avril, 2009. <<http://www.elle.fr/societe/Les-enquetes/Sylviane-Agacinski-Mere-porteuse-c-est-de-l-esclavage> - 869649.

Jornal do CREMERJ (Publicação Oficial do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro) – Fev.2012.

O Globo – “Sociedade”, de 22/02/15. p.40.

Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina ( Jornal Medicina) – Dez./2010.  
Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina ( Jornal Medicina) –Abril/2013.

Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina (Jornal Medicina) – Setembro/2015.

Revista Época, 08/02/10. Coluna Notícias (versão na web). Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/O,O+BEBE+ALIEN.html>>, EMI120681-15230,00 -

Revista O Globo. Ano 10. Nº 480, 6 de outubro de 2013.

### Sites

Anais do XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Disponível em: <[http://abep.nepo.unicamp.br/xviii/anais/file/MR8\[590\].pdf](http://abep.nepo.unicamp.br/xviii/anais/file/MR8[590].pdf)>.

Anais da 26ª Reunião Brasileira de Antropologia. Fórum de Pesquisa – “Tecnologias de escrutínio do corpo – uma antropologia das novas ciências da vida. Disponível em: [www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD\\_virtual\\_26\\_RBA/forum\\_de\\_pesquisa/trabalhos/FP%2003/martha%20ramirez.pdf](http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_virtual_26_RBA/forum_de_pesquisa/trabalhos/FP%2003/martha%20ramirez.pdf)

[biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49328.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49328.pdf).

Censo Demográfico 2010 – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Família e Domicílio – Rio de Janeiro. [www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000010435610212012563616217748.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000010435610212012563616217748.pdf).

Centro de Infertilidade e Medicina Fetal do Norte Fluminense – [www.centrodeinfertilidade.com.br/institucional.php#historico](http://www.centrodeinfertilidade.com.br/institucional.php#historico). Acesso em: 03/10/16.

Centro de Reprodução Humana Assistida da UNICAMP. Disponível em: [www.caism.unicamp.br/index.php/using-joomla/extensions/components/content-component/article-categories/159-laboratorioreproducaohumana.html](http://www.caism.unicamp.br/index.php/using-joomla/extensions/components/content-component/article-categories/159-laboratorioreproducaohumana.html).

[g1.globo.com/profissaoreporter/noticias/2015/03/fertilização-in-vitro-e-recurso-para-realizar-o-sonho-de-muitas-familias/html](http://g1.globo.com/profissaoreporter/noticias/2015/03/fertilizacao-in-vitro-e-recurso-para-realizar-o-sonho-de-muitas-familias/html).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985-3.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985-3.pdf).

Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/96). Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm).

Lei nº11.105/2005, de 24 de março de 2005. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111105.htm).

MORAES, Camila. Um bebê abandonado em uma sacola “gourmet”. São Paulo, 09 de outubro de 2015. Disponível em: <http://brasil.elpais.com>. Versão web.

Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS/2006. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/atividade\\_sexual.php](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/atividade_sexual.php). Acesso em: 29/07/15.

Planejamento Familiar. Portal Brasil. Disponível em: [www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar](http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar).

Portal da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). 9º, 8º e 7º Relatórios do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br>.

Portal da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33840/2817584/9º+Relatório+do+Sistema+Nacional+de+Produção+de+Embriões+-+SisEmbrio/94d6467b-0a32-42>.

Portal da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33840/2817584/9º+Relatório+do+Sistema+Nacional+de+Produção+de+Embriões+-+SisEmbrio/94d6467b-a32-42>.

Portaria nº 426/GM, de 22 de março de 2005. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/portaria\\_426\\_ac.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/portaria_426_ac.htm).

Portaria SAS/MS nº 388, de 06 de julho de 2005. Disponível em: LegiswebLTDA[BR]<http://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=192801>.

Portaria MS/GM nº1.187, de 13 de julho de 2005. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1187\\_13\\_07\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1187_13_07_2005.html).

Portaria nº 1459/GM/MS de 24 de junho de 2011. [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html).

Programa Humanização do Parto e Humanização no Pré- Natal e Nascimento. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2000. [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf)

Rede Latino Americana de Reprodução Assistida. Disponível em: [http://redlara.com/aa\\_portugues/default.asp](http://redlara.com/aa_portugues/default.asp).

Resolução nº 1.358/1992 do Conselho Federal de Medicina. Disponível em: [www.portalmedico.org.br/resoluções/CFM/1992/1358\\_1992.htm](http://www.portalmedico.org.br/resoluções/CFM/1992/1358_1992.htm).

Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Disponível em: [conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf)

Resolução nº 1.957/2010 do Conselho Federal de Medicina. Disponível em: [www.portalmedico.org.br/resoluções/CFM/2010/1957\\_2010.htm](http://www.portalmedico.org.br/resoluções/CFM/2010/1957_2010.htm).

Resolução nº 2.013/2013 do Conselho Federal de Medicina. Disponível em: [www.portalmedico.org.br/resoluções/CFM/2013/2013\\_2013.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resoluções/CFM/2013/2013_2013.pdf).

Resolução nº 2.121/2015 do Conselho Federal de Medicina. Disponível em: [www.portalmedico.org.br/resoluções/CFM/2015/2121\\_20\\_2121\\_2015.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resoluções/CFM/2015/2121_20_2121_2015.pdf).

ROTMAN, Charlotte. A chacune son féminisme. Libération Société. Disponível em: [www.liberation.fr/societe/2010/03/08/a-chacune-son-feminisme\\_613828](http://www.liberation.fr/societe/2010/03/08/a-chacune-son-feminisme_613828).

Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida – Disponível em: [http://sbra.com.br/index.php?option=com\\_map](http://sbra.com.br/index.php?option=com_map).

WHO/OMS 2014. [apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf).  
[www.futura.org.br/blog/2013/08/06/tratamento-para-infertilidade-e-oferecido-pelo-sus](http://www.futura.org.br/blog/2013/08/06/tratamento-para-infertilidade-e-oferecido-pelo-sus).

[www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2005-2-page13.htm](http://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2005-2-page13.htm).

## APÊNDICE



## **APÊNDICE A - Roteiro de entrevista com a equipe técnica do Serviço de Reprodução Assistida**

### **I – IDENTIFICAÇÃO**

- Nome
- Idade
- Estado Civil
- Profissão

### **II – TRAJETÓRIA PROFISSIONAL**

- Há quanto tempo você trabalha com reprodução assistida?
- O que o (a) levou a trabalhar em um centro de reprodução assistida?
- Qual (is) são as dificuldades da sua área de atuação profissional?
- Qual (is) é (são) a(s) compensação(es) pelo seu trabalho?

### **III – INTERFACE DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA COM A MATERNIDADE E A FAMÍLIA**

- Quais são as causas mais frequentes de infertilidade detectadas em pacientes que recorrem a este serviço?
- Como você vê as mulheres que buscam o Centro de Infertilidade?
- Como você vê os homens (parceiros) que buscam o Centro de Infertilidade?
- O que você recomenda (em termos de número de tentativas de ciclos de fertilização) aos pacientes?
- Qual a sua opinião sobre a doação de material reprodutivo (óvulos e espermatozoides)?
- Qual a sua opinião sobre a gestação substituta?
- O que pensa a respeito das novas configurações familiares surgidas a partir das tecnologias reprodutivas conceptivas?
- Como é a procura e o acesso de casais homossexuais a este serviço?
- Como você se percebe enquanto “instrumento” de realização do desejo de ter filhos para os (as) pacientes inférteis?

## **APÊNDICE B - Roteiro de entrevista com usuários do Serviço CIN- NF**

### **I – IDENTIFICAÇÃO**

- Nome
- Idade
- Estado civil                      Tempo de união conjugal
- Escolaridade
- Profissão/ocupação
- Local de moradia
- Religião                              - Frequência de comparecimento
- Este é o primeiro relacionamento conjugal?
- Tem filhos de outro casamento? Quais idades?      Residem com quem?

### **II – A MATERNIDADE E AS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS CONCEPTIVAS**

- Por que você e seu companheiro procuraram a RA?
- Quantas vezes você já recorreu à RA? Por que?
- De quem partiu a decisão de recorrer à RA para ter o filho?
- Qual (is) a (s) dificuldade(s) que você enfrentou para chegar a este tratamento?
- Que informações você e seu parceiro tinham a respeito da RA antes de procurar esta técnica? Como obtiveram esse conhecimento?
- Quais são as suas expectativas em relação ao procedimento técnico?
- Você tem receio em relação a algum tipo de procedimento técnico em termos de consequências para a sua saúde no futuro? E em relação à saúde futura do bebê?
- Qual (is) pessoas sabem sobre a sua procura pela RA? Por que?

- De que forma o seu parceiro participa no processo de tratamento?
- Caso a equipe do serviço de RA diagnosticasse falência ovariana (ou seja, óvulos não viáveis para a fertilização) você ou seu parceiro recorreriam à doação de óvulos? Por que?
- Caso os espermatozoides do seu parceiro não fossem viáveis para o procedimento, vocês aceitariam o material de um doador anônimo? Por que?
- Caso existisse um problema médico que a impossibilitasse de gerar o bebê, você ou seu parceiro recorreriam a gravidez substituta? Por que?
- O que você e seu parceiro pretendem fazer caso haja óvulos excedentes? Congelamento, doação para pesquisa ou descarte?
- Em caso de insucesso, você e seu parceiro recorreriam novamente à técnica?
- Caso este tratamento tenha êxito e vocês tenham o filho, vocês o repetiriam novamente para ter outro bebê? Por que?
- Qual a sua conduta e a do seu parceiro em relação a contar para o futuro filho a maneira como ele foi concebido? Via RA?

### **III – SOBRE A MATERNIDADE/PATERNIDADE E A FAMÍLIA**

- Em qual momento da sua vida você decidiu-se tornar-se mãe/pai?
- O que é ser mãe/pai para você?
- Como você se imagina como mãe/pai?
- Como você espera que seu parceiro seja como pai/mãe?
- Como seus familiares e amigos se posicionam frente ao fato de vocês não terem filhos?
- Qual o significado de ter um filho concebido em laboratório, fora da relação sexual propriamente dita?

- Você e seu parceiro já pensaram na possibilidade de adoção? Se sim, por que não foi concretizada?
- Qual a sua expectativa (s) em relação a esta gravidez quanto aos cuidados com você mesma e o bebê?
- Qual (is) mudança (s) a chegada do filho poderá trazer para você e seu parceiro enquanto um casal?
- Qual (is) suas expectativas em relação ao seu futuro filho?
- Qual (is) a(s) dificuldade(s) que você percebe no exercício da maternidade/paternidade?
- O que significa família para você? E sobre as novas configurações familiares, qual a sua opinião?
- Qual a sua opinião sobre os casais homossexuais que procuram a RA para ter filhos?
- Para vocês, qual o significado de um filho no casamento?

## APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a) da pesquisa intitulada: “Um filho a qualquer preço: os dilemas e esperanças da reprodução assistida em Campos dos Goytacazes, RJ” e conduzida pela pesquisadora Cristiane de Cássia Nogueira Batista de Abreu. Este estudo tem por objetivo estudar as construções de maternidade, de paternidade e de família entre as mulheres, homens e casais que buscam as técnicas de reprodução assistida para terem filhos.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que solicitar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. Sua desistência ou recusa em participar não irá acarretar prejuízo ou qualquer penalidade. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a perguntas sobre maternidade, paternidade, família, as razões de sua escolha quanto às técnicas de reprodução assistida, sob a forma de entrevista gravada com áudio. Os dados pessoais obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e serão resguardados a nível individual a fim de garantir o sigilo de sua participação. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação resultante desta pesquisa. Uma cópia deste termo de consentimento permanecerá arquivada com a pesquisadora em seu acervo particular.

A participação na pesquisa não acarretará custos para você e não será disponível qualquer compensação financeira.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui 2 (duas) vias, sendo uma cópia sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Abaixo seguem-se os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre a pesquisa a qualquer momento que desejar.

Cristiane de Cássia Nogueira Batista de Abreu – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF. Av. Alberto Lamego, 2000. Parque Califórnia, Campos dos Goytacazes, RJ. Centro de Ciências do Homem (CCH). Tel.: 022-2739-7168 (Secretaria Acadêmica). Telefone pessoal: XXXXX

Declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima e da minha participação e que concordo em participar.

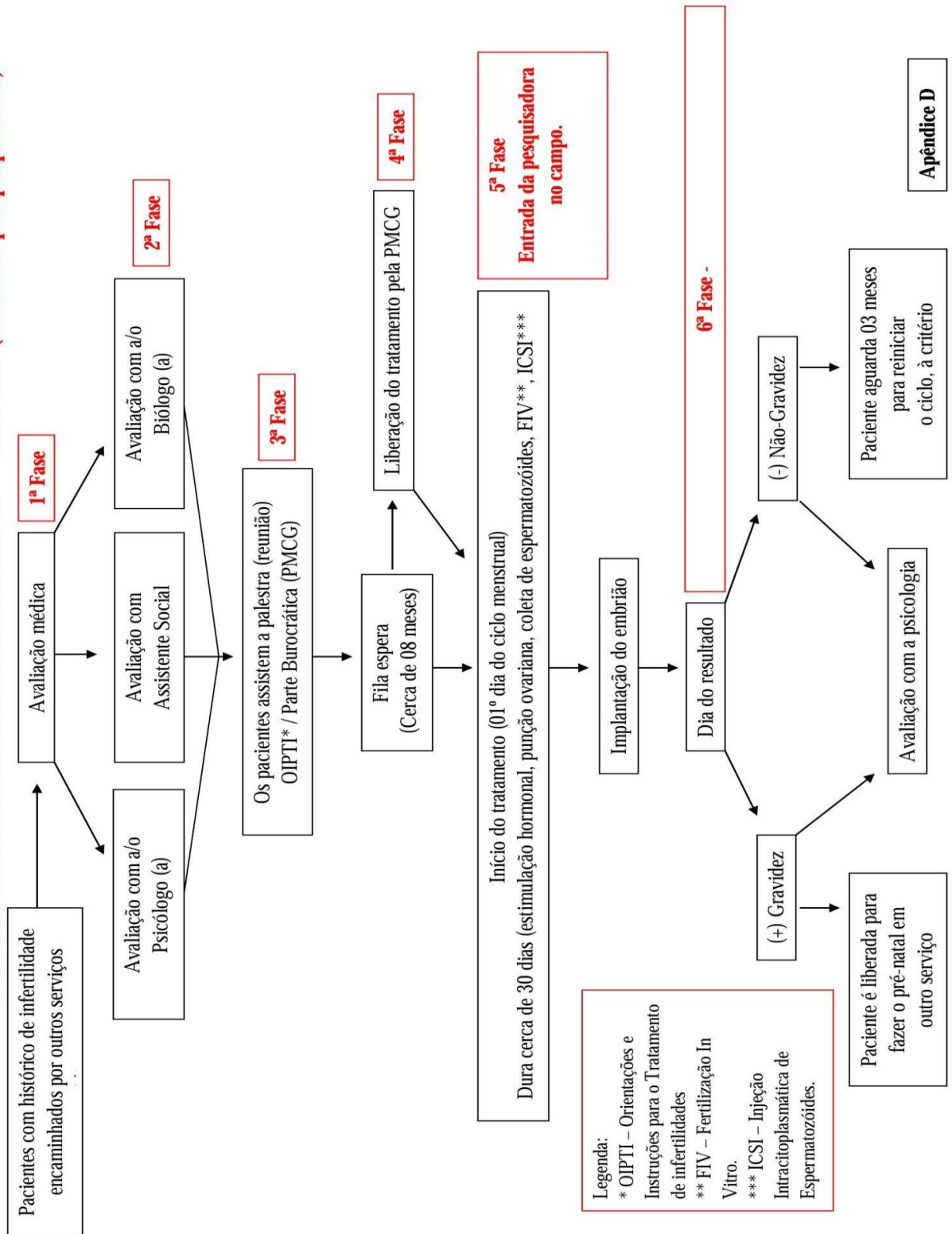
Campos dos Goytacazes, de 2015.

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D - Fluxograma de Atendimento – CIN - NF

### FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO – CIN-NF (Elaborado pela pesquisadora)



## **ANEXO**

## ANEXO A - Folha aprovação Plataforma Brasil

Você está em: Pesquisador > Gerir Pesquisa

### GERIR PESQUISA

Para cadastrar um novo projeto, clique aqui: [Nova Submissão](#) Para cadastrar projetos aprovados anteriores à Plataforma Brasil, clique aqui: [Projeto anterior](#)

#### Projetos de Pesquisa:

Título da Pesquisa:	Número CAAE:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Pesquisador Responsável:	Última Modificação:	Tipo de Submissão:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Selecione ▼
Palavra-chave:	<input type="text"/>	

#### Situação da Pesquisa

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Marcar Todas                       | <input checked="" type="checkbox"/> Não Aprovado na CONEP                   | <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Não Aprovado no CEP      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aguardando para Tramitar           | <input checked="" type="checkbox"/> Não Aprovado no CEP                     | <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Submetido ao CEP         |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aprovado                           | <input checked="" type="checkbox"/> Pendência Documental Emitida pela CONEP | <input checked="" type="checkbox"/> Recurso Submetido à CONEP        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Em Apreciação Ética                | <input checked="" type="checkbox"/> Pendência Documental Emitida pelo CEP   | <input checked="" type="checkbox"/> Retirado                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> Em Edição                          | <input checked="" type="checkbox"/> Pendência Emitida pela CONEP            | <input checked="" type="checkbox"/> Retirado pelo Centro Coordenador |
| <input checked="" type="checkbox"/> Em Recepção e Validação Documental | <input checked="" type="checkbox"/> Pendência Emitida pelo CEP              |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Não Aprovado - Não Cabe Recurso    |   |  |

[Buscar Projeto de Pesquisa](#)

[Limpar](#)

#### Projeto de Pesquisa:

Tipo *	Número CAAE *	Título da Pesquisa *	Pesquisador Responsável *	Versão *	Última Modificação *	Situação *	Gestão da Pesquisa
P	12048212.3.0000.5244	NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: O PAPEL DO MÉDICO	Cristiane de Cassia Nogueira Batista de Abreu	3	09/04/2013	Aprovado	
P	39032314.7.0000.5583	Um filho a qualquer preço: os dilemas e esperanças da reprodução assistida em Campos dos G(...)	Cristiane de Cassia Nogueira Batista de Abreu	1	19/12/2014	Aprovado	