

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – CFCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA – PPGS
CURSO DE DOUTORADO

**CORPOS FEMININOS ENTRE A NATUREZA E A CULTURA: UMA ANÁLISE
DAS ARTICULAÇÕES DISCURSIVAS RELATIVAS À REPRODUÇÃO
MEDICALIZADA**

MARIA SHEILA BEZERRA DA SILVA

RECIFE

JANEIRO DE 2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – CFCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA – PPGS
CURSO DE DOUTORADO

**CORPOS FEMININOS ENTRE A NATUREZA E A CULTURA: UMA ANÁLISE
DAS ARTICULAÇÕES DISCURSIVAS RELATIVAS À REPRODUÇÃO
MEDICALIZADA**

MARIA SHEILA BEZERRA DA SILVA

Tese de doutorado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco, sob a orientação do Professor Doutor Jonatas Ferreira (PPGS/UFPE), co-orientação da Professora Doutora Cynthia Hamlin (PPGS/UFPE).

RECIFE,
JANEIRO DE 2013

Catálogo na fonte
Bibliotecária Divonete Tenório Ferraz Gominho, CRB4 -985

S586c Silva, Maria Sheila Bezerra da.
Corpos femininos entre a natureza e a cultura: uma análise das articulações discursivas relativas à reprodução medicalizada / Maria Sheila Bezerra da Silva. – Recife: O autor, 2013.
258f il ; 30 cm.

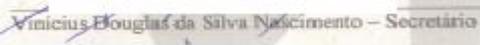
Orientador: Prof. Dr. Jonas Ferreira.
Coorientador: Prof.^a Dr.^a Cynthia Hamlin.
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, 2013.
Inclui referências, anexos e apêndices.

1. Sociologia. 2. Reprodução humana. 3. Fertilização in vitro. 4. Feminismo.
I. Ferreira, Jonas. (Orientador). II. Hamlin, Cynthia. (Coorientadora). III. Título.

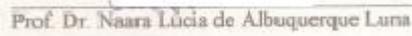
301 CDD (23.ed.) UFPE (BCFCH2014-06)

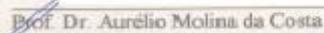
ATA DA SESSÃO DE DEFESA DE TESE DE MARIA SHEILA BEZERRA DA SILVA, DO CURSO DE DOUTORADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA DO CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO.

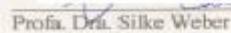
Aos vinte e oito dias do mês de fevereiro de 2013, reuniram-se na Sala de Seminários do 12º andar do prédio do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, os membros da comissão designada para o Exame da Tese de Doutorado de MARIA SHEILA BEZERRA DA SILVA sob o título **CORPOS FEMININOS ENTRE A NATUREZA E A CULTURA: UMA ANÁLISE DAS ARTICULAÇÕES DISCURSIVAS RELATIVAS À REPRODUÇÃO MEDICALIZADA**. A comissão foi composta pelos professores: **Prof. Dr. Jonatas Ferreira - Presidente/Orientador; Prof. Dr. Naara Lúcia de Albuquerque Luna - Titular Externa (UFRRJ); Prof. Dr. Aurélio Molina da Costa - Titular Externo (UPE); Profa. Dra. Silke Weber - Titular Interna; Prof. Dr. Russel Parry Scott - Titular Interno**. Dando início aos trabalhos, o **Prof. Dr. Jonatas Ferreira** explicou aos presentes o objetivo da reunião, dando-lhes ciência da regulamentação pertinente. Em seguida, passou a palavra à autora da Tese para que apresentasse o seu trabalho. Após essa apresentação, cada membro da Comissão fez sua arguição, seguindo-se a defesa da candidata. Ao final da defesa, a Comissão Examinadora retirou-se, para em segredo deliberar sobre o trabalho apresentado. Ao retornarem o **Prof. Dr. Jonatas Ferreira**, presidente da mesa e orientador da candidata, solicitou que fosse feita a leitura da presente Ata, com a decisão da Comissão Examinadora **aprovando a Tese por unanimidade com indicação para publicação, acatadas às sugestões da banca**. E nada mais havendo a tratar foi lavrada a presente Ata, que vai assinada por mim, secretário do programa, pelos membros da Comissão Examinadora e pela candidata. Recife, 28 de fevereiro de 2013.

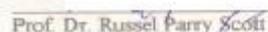

Vinicius Douglas da Silva Nascimento – Secretário

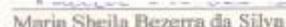

Prof. Dr. Jonatas Ferreira


Prof. Dr. Naara Lúcia de Albuquerque Luna


Prof. Dr. Aurélio Molina da Costa


Profa. Dra. Silke Weber


Prof. Dr. Russel Parry Scott


Maria Sheila Bezerra da Silva

MARIA SHEILA BEZERRA DA SILVA

**CORPOS FEMININOS ENTRE A NATUREZA E A CULTURA: UMA ANÁLISE
DAS ARTICULAÇÕES DISCURSIVAS RELATIVAS À REPRODUÇÃO
MEDICALIZADA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Doutora em Sociologia.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Naara Lúcia de Albuquerque Luna (PPGCS-UFRRJ)

Prof. Dr. Aurélio Molina da Costa UPE/IMIP (UPE/IMIP)

Prof. Dr. Russel Parry Scott (PPGS-UFPE)

Prof. Dra. Silke Weber (PPGS-UFPE)

Prof. Dr. Jonatas Ferreira (orientador) (PPGS/UFPE)

**Aos meus pais,
Com infinito amor e gratidão**

**Às “tentantes” que,
em meu encontro com a alteridade,
deram-me espelhos.**

AGRADECIMENTOS

Às professoras Eliane Veras e Valéria Costa, e ao professor Remo pelo diálogo e colaboração quando da banca de qualificação da tese. Ao professor Remo, meu agradecimento especial pela paciência e apoio profissional e, principalmente, emocional durante o estágio de docência e em tantos outros momentos.

Aos professores Felipe Rios e Parry Scott pela leitura cuidadosa e sugestões quando da banca de defesa de projeto. Ao professor Scott, que acompanha meus passos desde a graduação, minha eterna gratidão por acreditar no meu trabalho. Nesse sentido, agradeço também a Ana Paula Portella que, mesmo não estando diretamente ligada a esta pesquisa, fez-me acreditar sempre na importância do meu trabalho.

Ao professor Jonatas Ferreira pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos. A ele, tanto quanto à professora Cynthia Hamlin, agradeço por proporcionarem momentos de grande aprendizado tanto em suas orientações quanto nas disciplinas e grupos de estudos.

Ao professor Aurélio Molina, que conheci durante as aulas na Especialização em Bioética no departamento de Filosofia da UFPE – enquanto escrevia o projeto desta tese.

Ao comitê de ética em pesquisa em Seres Humanos do IMIP pela autorização da pesquisa e à equipe do setor de reprodução assistida do IMIP por toda a assistência.

Aos professores e às professoras do doutorado. Às colegas e aos colegas da minha turma de doutorado, em especial à Patrícia.

Gratidão ao meu amigo Márcio Ferreira (Marcinho), a quem não tenho palavras.

À Shenia que, além de tudo, foi parceira nas questões técnicas. Sem ela tudo teria sido mais difícil. Nesse sentido agradeço também à Bruna Dildeberg, Dennis e Carlos Santa Rosa. Agradeço pelas transcrições de Maria Carolina Costa (Carol) e Fernando Antônio (Fê).

Às amigas e amigos, e irmãos e irmãs do coração, que compartilharam momentos de afeto, alegrias, angústias, desejos, pequenas/grandes delicadezas, minha sincera e profunda gratidão: Carlinha, Nataly, Luzia, Socorro, dila, Ana Veloso, Mila, Júlia, Rô, Michely, Cacau, Kali, Magda, Veri, Fê, Érico, Cibele, Marta, Ton, Carol, Carlinhos.

À Renê e Shenia, presentes em todos os momentos. Pessoas de quem tenho orgulho de compartilhar a vida e ser parte. Agradeço também aos agregados Mário e Thaís, de um lado, e Sr. Tadeu, Aninha, Mirella, D. Cristina, de outro, que tantas vezes acompanharam desabafos e alegrias do processo. Agradeço a toda família que, mesmo ao longe, sempre torce muito por minha felicidade e conquistas.

À minha mãe e ao meu pai, aqui, dentro, sempre. Meus portos seguros.

À Jefferson Góes, companheiro, nos desejos, nos afetos, na vida – em todas as suas estações.

Agradeço às “tentantes”, cujas vidas foram abertas a mim através das entrevistas. Em especial agradeço a três delas que autorizaram o acompanhamento de seus processos desde o momento das medicações até as punções e transferências de embriões, possibilitando assim o registro etnográfico do setor de RA do IMIP. Agradeço também aos maridos e companheiros, que me concederam entrevistas.

Às/aos colegas e professores/as que estiveram em encontros, como VI Encontro da Rede de Estudos, e pesquisas feministas, como REDEFEM, ANPOCS - 2009, ABA – 2010, RAM – 2011, ALAS -2011, e que contribuíram com perguntas e sugestões. Em especial às professoras Débora Diniz, Marlene Tamanini, Fabíola Rohdem e Naara Luna, que contribuíram com minha pesquisa com a atenção e o cuidado que, acredito, deveria fazer parte do comportamento daqueles/as que passam a ser nossas referências. Nesse sentido agradeço também a Ana Reis com quem, principalmente no início de minha pesquisa, troquei e-mails e ideias feministas.

Agradeço à professora Simone Bateman, membro do CERSES (Centre de Recherche, Sens, Étique, Societé) e diretora de pesquisa do CNRS (Centre Nacional de La Recherche Scientifique), cuja abertura para o diálogo por meio de e-mails possibilitou que aceitasse a mim e ao meu projeto para um quase doutorado sanduíche que poderia ter acontecido, não fosse os muitos caminhos pelos quais a vida acabou por me conduzir.

Agradeço às políticas de fomento à pesquisa e à Capes.

Por fim, gracias a la vida...

*Quando eu morrer, filhinho,
Seja eu a criança, o mais pequeno.
Pega-me tu ao colo
E leva-me para dentro da tua casa.
Despe o meu ser cansado e humano
E deita-me na tua cama.
E conta-me histórias, caso eu acorde,
Para eu tornar a adormecer.
E dá-me sonhos teus para eu brincar
Até que nasça qualquer dia que tu sabes qual é.*

Fernando Pessoa.

*Somadas umas coisas e outras, qualquer pessoa
imaginará que não houve minguagem nem sobra, e
consequentemente que saí quite com a vida. E
imaginará mal; porque ao chegar a este outro lado do
mistério, achei-me com um pequeno saldo, que é a
derradeira negativa deste capítulo de negativas: - Não
tive filhos, não transmiti a nenhuma criatura o legado
da nossa miséria.*

Machado de Assis

*“...vimos espalhados na mídia o drama da infertilidade
das mulheres cuja história de vida é muito divulgada;
ao mesmo tempo, aparecem os médicos como aqueles
que têm compaixão por essas mulheres e que
precisam fazer alguma coisa por elas. As mulheres têm
muitos desejos e um deles é justamente de poder
andar nas ruas sem sentir que vão ser atacadas. Mas
esse desejo de viverem livres, viverem sem violência,
não foi considerado da mesma maneira”*

Gena Corea

RESUMO

Pela possibilidade de maior controle sobre a decisão da maternidade, as Tecnologias de Reprodução Assistida (TRA) têm sido compreendidas por alguns segmentos sociais, a exemplo da corrente feminista liberal, como recurso que amplia a esfera dos Direitos Reprodutivos (DR) das mulheres e, conseqüentemente, como aliadas na reafirmação de valores sociais defendidos pelo movimento feminista, em que às mulheres estaria reservado o direito de determinar sua identidade sexual e controlar seu próprio corpo. Em torno dessas e de outras questões, têm se erigido controvérsias apontadas eminentemente pela corrente feminista radical que chama a atenção, no contexto da medicalização da reprodução, para: a hipervalorização da ciência e do poder médico; os padrões heteronormativos de reprodução nos quais se apoiam tais biotecnologias; a recorrente redução das mulheres à condição de detentoras de corpos naturalmente predispostos à maternidade; as TRA como importantes frentes de expansão e acumulação do capitalismo e, por fim, o questionamento do uso das TRA como DR, por se tratar de um recurso de caráter experimental, dispendioso e de conhecidos e desconhecidos riscos à saúde das mulheres. Diante de tais posicionamentos, esta tese se debruçou na análise das forças que disputam a hegemonia em torno do significado das TRA tendo por referencial empírico a Fertilização in Vitro (FIV). Os desdobramentos estiveram na identificação das regularidades e dispersões discursivas em torno do significado do sacrifício e do sofrimento como construtos de feminilidade e reprodução no contexto da medicalização da reprodução e, ainda, na análise de como a articulação entre Estado, Ciência Médica e Mercado têm repercutido nos discursos que as mulheres produzem acerca de si mesmas e de suas experiências pessoais ao buscar a FIV. A análise de documentos, a realização de entrevistas e o relato etnográfico levaram às especificidades dos discursos das “tentantes” (treze, no total) que fizeram a FIV nos serviços (privado ou público) de Reprodução Assistida da cidade de Recife, dos discursos dos maridos (quatro, no total), do Estado, da ciência médica (três médicos) e da indústria médico-farmacêutica, a fim de problematizar suas articulações. A partir de tais articulações e dos pontos nodais identificados nos discursos analisados, a principal inferência desta tese é que as fissuras ou dispersões provocadas pelos elementos apontados, acima de tudo, pelas feministas radicais, não têm ameaçado a hegemonia da maternidade biológica. Pelo contrário, a regularidade nos discursos em torno dos sacrifícios e sofrimentos como construtos de feminilidade e reprodução, em consonância com o discurso liberal da potencialização das escolhas reprodutivas das mulheres pelas TRA, tem reforçado as concepções em torno da “mulher-mãe”, que tudo faz e que todos os riscos (conhecidos e desconhecidos) assume em nome do filho. Fortalece a concepção da mulher que toma para si a condição de mãe antes mesmo de sê-la, ou mais propriamente da mulher que é, em si mesma, a memória daquilo que “deve” ser esquecido, mas que as tecnologias da reprodução não deixam esquecer.

Palavras-chave: Tecnologias Reprodutivas, Fertilização in Vitro, Sacrifício, Feminilidade, Reprodução

ABSTRACT

Due to greater empowerment over decisions toward maternity, the Assisted Reproductive Technologies (ART) have been understood by certain social sectors - especially the liberal feminist trend - as a resource that increases women's reproductive rights (RR). A debate has ensued around these issues. Questions have been raised by the radical feminist trend regarding: the excessive valorization of science and the physician's power; the ART as an important front of capital accumulation and expansion; the heteronormative standards of reproduction that support the above-mentioned biotechnology; the recurring reductionist representation of women as bodies naturally predisposed to maternity; and the efficiency of ART as RR due to its experimental character (with known and unknown risks to women's health). The aim of this dissertation is to analyze the forces that dispute the hegemony over the discourse on ART, having as an empirical referent the In Vitro Fertilization (IVF). We have identified discursive patterns and dispersions on the signification of sacrifice and suffering involved in the construction of female and reproductive identity in the context of a growing medicalization of reproduction. We also have analyzed how the articulation among State, Medical Science and Market has repercussions on the discourse women create about their own experiences as they seek IFV. Through the analysis of documents, interviews and ethnographical reports, we were able to establish the discourse of the "attempting" women (thirteen) who resorted to IVF in the (private and public) service venues of Assisted Reproduction in the city of Recife; as well as the discourses of the husbands (four), of the State, of the Medical Science (three physicians) and of the medical-pharmaceutical industry. Based on the analysis of the articulation among those different social vectors and their discourses, the main thesis of this dissertation is that the fissures and dispersions provoked by the radical feminists have not threaten the hegemonic discourse on biological maternity. Quite on contrary, the recurring pattern of women's discourse regarding the sacrifice and suffering as building blocks of femininity and reproduction - in addition to the liberal discourse of empowering choices made available to women by ART - have enhanced the representations of the "woman-mother" who can undergo any risk (known and unknown) on behalf of her offspring. The ideology of "woman-mother" strengthens the representation of woman who claims to herself the condition of motherhood prior to be a mother, or to put in better terms, the representation of the woman who is, in her own self, memory of something that "should" be forgotten, but the ARTs do not allow such forgetting.

KEY-WORDS: Reproductive Technology, In Vitro Fertilization, Sacrifice, Femininity, Reproduction.

RÉSUMÉ

Les techniques de reproduction assistée (TRA) ont été interprétées par certains groupes sociaux tel le courant féministe libéral, comme un recours qui élargit la sphère des Droits Reproductifs (DR) des femmes par le biais d'un plus grand contrôle sur la décision de la maternité. Par conséquent, ces techniques soutiennent la réaffirmation des valeurs sociales défendues par le mouvement féministe qui réserverait aux femmes le droit de choisir leur identité sexuelle et de disposer de leur propre corps. Parallèlement, se sont érigées des controverses principalement destinées au courant féministe radical qui attirent l'attention, à savoir : l'hyper-valorisation de la science et du pouvoir du médecin ; les modèles hétéro normatifs de reproduction sur lesquels sont basées ces biotechnologies ; la réduction récurrente des femmes au statut de détentrices de corps naturellement prédisposés à la maternité ; les TRA comme principaux fronts d'expansion et d'accumulation du capitalisme et, enfin, la question de l'utilisation des TRA en tant que droit de reproduction de part leur caractère expérimental, onéreux et facteur de risques connus et inconnus pour la santé des femmes. Face à de tels positionnements, cette thèse s'est penchée sur l'analyse des forces qui se disputent l'hégémonie autour des TRA ayant pour référence empirique la FIV (fécondation in vitro). Y sont développés l'identification des régularités et dispersions discursives sur le sacrifice et la souffrance en tant que construction de la féminité, la reproduction dans le contexte de sa médicalisation et l'analyse des répercussions de l'articulation entre l'Etat, la Science Médicale et le Marché sur le discours que les femmes en demande de FIV tiennent sur elles-mêmes et leurs expériences personnelles. L'analyse des documents, la réalisation d'interviews et le rapport ethnographique ont défini les spécificités du témoignage des treize participantes qui ont eu recours à la FIV dans les services de Reproduction Assistée, privés ou publics, de la ville de Recife, du compte-rendu des maris (quatre au total), de l'État, de la Science Médicale (trois médecins) et de l'industrie médico-pharmaceutique afin de déterminer les différents aspects de ces articulations. À partir de ces articulations et des points essentiels identifiés dans les discours analysés, la conclusion principale de cette thèse est que les fissures ou les dispersions causées par les arguments soutenus surtout par les féministes radicales, ne menacent pas l'hégémonie de la maternité biologique. Au contraire, la concordance des discours sur le sacrifice et la souffrance en tant que construction de la féminité et de la reproduction, en écho au discours libéral du potentiel des choix reproductifs des femmes par TRA, a renforcé le concept de «femme-mère» toute puissante qui assume tous les risques (connus et inconnus) au nom de l'enfant. Ça renforce la conception de la femme qui s'attribue la condition de mère avant même de l'être, ou plus exactement de la femme qui est, en soi, la mémoire de ce qui «devrait» être oublié, mais que les technologies de la reproduction ne leur permettent pas d'oublier.

Mots-clés: Techniques de Reproduction, Fécondation in vitro, Sacrifice, Féminité, Reproduction.

Lista de Ilustrações

Figura 1	Injeção Intra-citoplasmática de espermatozoide	44
Figura 2	Continuum dos danos causados pela infertilidade	51
Figura 3	Procedimento da histerosalpingografia	54
Figura 4	Protocolo longo de estimulação ovariana	57
Figura 5	Punção ovariana	61
Figura 6	Órgão reprodutor masculino	62
Figura 7	Comparação de taxa de sucesso entre clínicas	155
Figura 8	Publicidade Merck Serono – obra de arte	186
Figura 9	Publicidade Merck Serono – grandes causas	212

Lista de tabelas

Tabela 1	Resultado das TRA na América Latina	43
Tabela 2	Ciclos de TRA no mundo por região – 2002	69
Tabela 3	Ciclos de TRA no mundo por região – 2006	72
Tabela 4	Nº de Centros e Ciclos de RA na América Latina por país - 2009	74
Tabela 5	Nº de Centros de RA no Brasil cadastrados na SBRA por Região e Estado – 2012	79
Tabela 6	Perfil das/dos entrevistadas/os	128
Tabela 7	SisEmbrio/ANVISA/2010	160
Tabela 8	Comparação entre serviço de RA da Rede Pública e Privada	162

Lista de Siglas*

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASRM	Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
FIGO	Federação Internacional de Obstetrícia e Ginecologia
FINRRAGE	Rede internacional feminista de resistência à engenharia genética e reprodutiva
ICMART	Comitê Internacional para Monitorização da Tecnologia Reprodutiva Assistida
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
JSBRA	Jornal da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida
OMS	Organização Mundial de Saúde
NTRc	Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas
RA	Reprodução Assistida
REDE	Red Latino Americana de Reproducción Asistida
SBRA	Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida
SBRH	Sociedade Brasileira de Reprodução Humana
SISNEP	Sistema Nacional de ética em pesquisa
SUS	Sistema Único de Saúde
TRA	Técnicas de Reprodução Assistida
ICSI	Injeção Intra-citoplasmática de espermatozoide
IU	Inseminação Intrauterina
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embriology
GIFT	Transferência Intra-tubária de gametas
FET	Transferências de embriões congelados
PGD	Diagnóstico Pré-Implantacional

* As siglas relativas às técnicas de Reprodução Assistida encontram-se no anexo 10 que reproduz o Glossário revisado da Terminologia das Técnicas de Reprodução da OMS e ICMART http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_por.pdf

SUMÁRIO

Introdução		19
Capítulo 1	Estado da Arte da FIVETE - TRA no Brasil e no Mundo	41
	1.1 FIVeTE/ICSI	42
	1.2. FIVETE e IIU	44
	1.3 Epidemiologia da Infertilidade	46
	1.4 Causas da Infertilidade	47
	1.5. Consequências da Infertilidade	49
	1.6. Trajetória até a FIV	53
	1.7. FIV - Etapa por etapa do ciclo	56
	1.8. Riscos, desconfortos e efeitos colaterais – TRA e FIV em questão	67
	1.9. TRA no Brasil e no Mundo	69
	1.9.1. TRA e FIV no Brasil – outros aspectos	76
	1.9.2 . Recife – lócus de pesquisa	80
Capítulo 2	Diálogos Teóricos	84
	2.1. Da figueira sem frutos à verdade dos discursos: nas entrelinhas do não ser uma meia mulher completa	85
	2.2 Os direitos e esquerdos da reprodução visitados e revisitados – desejos e riscos em questão	89
	2.3. Radicais, Liberais e a <i>différance</i>	92
	2.4. O mito do amor materno	99
Capítulo 3	Ser mãe é padecer no paraíso – discursos, etnografia e o problema da verdade	108
	3.1 Sobre as entrevistas	110
	3.2 Tentantes: perfil	113
	3.3. Registro Etnográfico	129
	3.3.1. A estrutura física do serviço de RA do IMIP e seus discursos	132
Capítulo 4	“Você, nós, somos os pais da fertilidade”- Regularidades e dispersões nos discursos em torno da FIV	141

4.1	“Deus quer, o homem sonha, a obra nasce” – não engravidar como patologia, e desejos e sonhos diante dos milagres da ciência	142
4.1.1.	“Como os corpos das mulheres se constroem”? A FIV, corpos elásticos, sacrifícios, autonomia e vulnerabilidade	143
4.1.2.	Centro de Reprodução Humana do IMIP – “Etnografando”...	148
4.1.3.	Regularidades em xeque na rotina dos serviços de RA	151
4.2.	Óvulos, embriões e corpos femininos entre recomendações éticas, legalidades e transgressões médicas	154
4.2.1.	Medicamentos, condições de acesso e outras questões	161
4.3.	Óvulos e punções – os casos de Elis, Clara e Maria	171
4.4	Transferências de embriões – para além dos casos de Elis, Clara e Maria	181
4.5	Adoção: uma alternativa para as tentantes?	196
4.6	“OS” tentantes – A percepção dos homens sobre a FIV e experiências vivenciadas	199
Capítulo 5	Considerações finais – O revés do parto e a tese dentro da tese: quando a probabilidade negativa sai da sombra e o domínio da différence é deslocado	208
Bibliografia		221
Apêndices		232
	Apêndice 1 – TCLE mulheres	233
	Apêndice 2 – Roteiro de entrevistas	234
Anexos		
	Anexo 1 – Aprovação no IMIP	235
	Anexo 2 – lista de checagem CEP/IMIP	236
	Anexo 3 – Termo bilateral de consentimento para realização de procedimentos – IMIP	237
	Anexo 4 – Atestado de responsabilidade sobre medicamento recebido – IMIP- Cetrotide e Ovidrel	240
	Anexo 5 – Atestado de Responsabilidade sobre medicamentos recebidos – IMIP – GONAL	241
	Anexo 6- Termo de consentimento para indução da ovulação na FIV – clínica particular	242
	Anexo 7 – Termo de consentimento para FIV/TE/ICSI –clínica particular	243
	Anexo 8 – Termo de consentimento para transferência de embriões	244

Anexo 9 – Declaração de ciência de risco de insucesso da FIV	245
Anexo 10 – Glossário Revisado de terminologia das TRA	246
Anexo 11 – Lista de centros de RA por cidade brasileira	253
Anexo 12 – Relatório colaborativo mundial sobre TRA – 2002	255

INTRODUÇÃO

Esta é uma tese inquieta, e inquieta por, pelo menos, duas razões: porque surge de questionamentos pessoais despontados de forma pouco consciente, quando diferentes formas de socialização com base no sexo em ambiente familiar me pareciam, quando ainda criança, “estranhas”/“injustas” (e que me renderam um apelido “quase pejorativo” entre irmãos de “mulherista”); e questionamentos suscitados e alimentados no seio do movimento feminista com o qual tenho me relacionado de perto e de longe ao longo de mais de uma década.

Diferente de algumas teóricas, tais como Gay Becker, que escreveu *The elusive embryo – How Women and Men Approach New Reproductive Technologies* a partir de uma experiência pessoal, não foi esta a motivação (não diretamente) que me levou ou me trouxe a esta pesquisa. Gay Becker, ela mesma, passou pelo processo de FIV. Eu, balzaquiana, nunca engravidei ou tentei engravidar, embora esta possibilidade tenha recorrentemente suscitado reflexões como: será? Por quê? Para quê? Para quem? Como? Talvez...algum dia, acho que não...quem sabe...

Apesar de que, e mesmo porque, já tenha me deparado com todo o discurso do velho relógio biológico que bate à porta e do qual falaremos com mais propriedade ao longo desta tese, a razão principal pela qual me interessei em estudar o tema foi para além de mim ou para além de qualquer mulher que tenha buscado a FIV ou não: o caráter compulsório da maternidade biológica. Ser uma mulher com mais de 30 anos, imersa num relacionamento heterossexual e sem filhos, fez e faz de mim uma fêmea que, como qualquer outra, está passível de sofrer pressões para ter a sua própria cria, seja por parte de seu círculo familiar, de sua rede de amigos e, ainda, como aconteceu com recorrência, pelas próprias entrevistadas (que acabaram por me “entrevistar” também).

O chá de bebê é anunciado já no chá de panela¹ e, por etapas, é como se o destino se concretizasse, primeiro, por meio do matrimônio, depois, por meio da maternidade, mas, certamente, não qualquer maternidade. A ansiedade social pelo filho que virá, e que deverá vir de um jeito ou de outro (e, em geral, nesse outro jeito não está em questão a adoção), revela o caráter compulsório da maternidade biológica e do filho de sangue que definitivamente é, para mim, sempre, motivo de estranhamento.

As estranhezas ou inquietações, portanto, traduziram-se em algumas questões, dentre as quais uma norteadora do processo de pesquisa, qual seja: Como as articulações discursivas relativas à reprodução medicalizada são provocadas e, em certa medida, determinadas, pelos discursos hegemônicos de feminilidade e reprodução?

Com tal questão em mente, considerou-se inicialmente que a FIV (enquanto TRA) ou, mais detidamente, as diversas estratégias políticas em torno do seu uso, fortalecem os discursos de sofrimento e sacrifício como elementos fundantes daquilo que, hegemonicamente, se compreendem como construtos de feminilidade, maternidade e reprodução. Em outras palavras, as articulações discursivas relativas à procriação medicalizada (re) produzem os discursos hegemônicos de feminilidade, maternidade e reprodução pela naturalização dos discursos de sofrimento e sacrifício institucionalizados, por um lado, pela medicina, assimilados, por outro, pelas políticas de Estado e, ainda, mercantilizados através da indústria médico-farmacêutica por meio de uma forte intervenção publicitária. Partindo de tal hipótese, o objetivo desta tese esteve focada na análise das forças que disputam a hegemonia em torno do significado das tecnologias da reprodução, tendo por referencial empírico a fertilização in vitro.

¹ O chá de panela, em geral, trata-se de um encontro divertido entre, principalmente, a noiva e amigas alguns dias antes do casamento a fim de se despedir da fase de solteira e ganhar presentes que serão úteis às tarefas domésticas. Em raras exceções, homens participam do chá de panela. Em geral, quando há participação do noivo, o evento deixa de ser um chá de cozinha para ser um chá-bar, em que há presentes de cozinha e de bar, revelando uma clara identificação entre papéis de gênero e o que seriam os espaços da casa. Durante esse encontro, não raro acontecem as “chamadas” ou indicativos do que deverá ser o próximo, ou seja, o chá de bebê. O chá de bebê, por sua vez, trata-se de uma reunião organizada, em geral, apenas com a presença também de mulheres, para que fraldas e outros acessórios sejam presenteados pelas pessoas mais próximas.

Para chegar às forças que disputam a hegemonia em torno do significado destas tecnologias, um longo caminho foi trilhado, em princípio, a partir dos conceitos de biopoder e patriarcado, seguindo as interpretações estruturalistas dos fenômenos sociais, os quais são relativos, de um lado, ao poder do Estado, centralizado e institucionalizado pelo disciplinamento dos corpos da população e, de outro, ao exercício do poder masculino, institucionalizado ou não, sobre a vida das mulheres e seus corpos. Durante a caminhada, o curso dessa trilha ganhou novos contornos, não porque os referidos conceitos estivessem ultrapassados, mas pela consideração de que, sozinhos, não dariam conta de explicar a complexidade do fenômeno social provocado pelas Técnicas de Reprodução Assistida – TRA.

Pela promessa dos estudos pós-estruturalistas quanto ao alcance das negociações em torno dos sentidos políticos relativos à FIV, esse foi o caminho tomado e seguido. Um exemplo que ressalta o que acabo de dizer, ou seja, relativo às negociações políticas dos sentidos da FIV, é que, ao longo desta pesquisa, pude ter acesso a determinados espaços e informações que talvez não tivesse tido, caso não apresentasse um olhar feminista declarado em relação ao tema. Isso quer dizer que, em muitas circunstâncias, ter um olhar feminista sobre as tecnologias reprodutivas tem sido encarado genericamente quase que como sinônimo de ser incondicionalmente a favor do uso delas – pela promessa de autonomia reprodutiva das mulheres -, e sobre isso existem muitas controvérsias.

Mais que explicitar um novo cenário no qual o quadro normativo tradicional da reprodução - qual seja, gravidez por ato sexual e não interrupção por escolha - é profundamente alterado (ENGELI, 2009, p.203), a FIV também encerra em si outra relação, não menos importante do ponto de vista político e analítico, caracterizada pela articulação mulheres - medicina - reprodução. Esse novo cenário provocado pelas TRA se caracteriza pela intervenção médica nos corpos das mulheres para além das questões relativas a contracepção, gravidez e parto (ABOTT *et al* 2005, p. 185), permitindo, por exemplo, que, entre outras coisas, o processo de reprodução prescindia de relação (hetero) sexual.

Nessa nova configuração, diferentes fronteiras entre o que é natural/biológico e o que é social na concepção, gravidez, parto, possibilitam não

só uma desestabilização nas categorias hegemônicas de parentesco (CUSSINS, 1998, p. 40), como também maior adequação da vida reprodutiva ao novo ritmo de vida das mulheres - quando estas, em alguns casos, têm adiado, mas não desistido do projeto da maternidade biológica.

Pela possibilidade de um maior controle sobre a decisão da maternidade, as TRA têm sido compreendidas por alguns segmentos sociais, a exemplo da corrente feminista liberal, como recurso que amplia a esfera dos direitos reprodutivos das mulheres e, conseqüentemente, como aliadas na reafirmação dos valores sociais afirmativos defendidos pelo movimento feminista, em que às mulheres estaria reservado o direito de determinar sua identidade sexual e de controlar seu próprio corpo. Em torno da possibilidade de desnaturalizar a idade reprodutiva pela técnica de FIV e do possível favorecimento à autonomia das mulheres ao permitir a priorização de outros projetos de vida (como a carreira profissional, por exemplo), têm se erigido algumas controvérsias.

Uma das controvérsias em torno da pretensa desnaturalização da idade reprodutiva está em que as taxas de sucesso do procedimento da FIV ainda se encontram atreladas a ela. O problema é que a gravidez em seus extremos, ou seja, menos de 15 anos e mais de 35 anos, apresenta-se como fator que põe em risco a vida das mulheres e põe em xeque o uso das TRA em mulheres com idade avançada, como tem comumente acontecido. Some-se a isso o fato de que, com as TRA, existe a chance de uma gravidez múltipla e esse tipo de gravidez por si só já seria fator de risco à saúde da mulher. Tais considerações problematizam não só a promessa da desnaturalização da idade reprodutiva por parte da técnica de FIV, como também as concepções de responsabilidade profissional e autonomia do paciente diante da relação risco-benefício (BECK, 1992; 2009; GIDDENS, 1997; ROSE, 2007). Dessa forma, embora tais concepções de responsabilidade profissional e autonomia do paciente não difiram fundamentalmente daquelas que se colocam em uma situação terapêutica tradicional, ganham maior proporção quando se leva em consideração que a “infertilidade não é uma doença fatal, nem concepção assistida é o tratamento para a infertilidade” (BATEMAN, 2002, p.325).

A questão, entre outras questões, é que, hoje mais que nunca, as biotecnologias têm feito parte da vida de mulheres e homens de todo o mundo nos seus diversos segmentos. O seu avanço tem implicado em um entrelaçamento cada vez maior entre as racionalidades tecnocientífica e econômica, produzindo efeitos cada vez mais expressivos e complexos do ponto de vista da análise das novas configurações sociais. As biotecnologias têm o poder, por exemplo, de “afirmar ou renegar fronteiras de descendência e ancestralidade, sangue e genes, nação e etnicidade” (CUSSINS, 1998, p.40), e o maior exemplo para tanto são os casos das “barrigas de aluguel” ou úteros de substituição que pressupõem não só o sangue, oxigênio e placenta de outra mulher, mas também a doação de óvulos e espermatozoides de terceiros. No mais, ao mínimo contato que se tenha com o tema das biotecnologias a serviço da reprodução, têm sido comuns, por exemplo, notícias de bebês – entre eles gêmeos, trigêmeos, quadrigêmeos – resultados dos “milagres da ciência”; comunidades virtuais, blogs e outros recursos de comunicação utilizados por mulheres que não conseguem engravidar; materiais de medicina especializada financiados por grandes laboratórios²; notícias oficiais do governo acerca dos serviços públicos de Reprodução Assistida - RA e, por fim, a presença de setores da sociedade civil, como o movimento feminista, que, como já foi dito, tem dividido suas opiniões em torno do uso de tais biotecnologias.

Todo arcabouço supracitado, relativo ao tema das biotecnologias, nos remete ao entrecruzamento de questões morais, políticas e econômicas que, por sua vez, chamam a atenção para alguns aspectos muitas vezes e inexplicavelmente esquecidos ou pouco considerados como, por exemplo, uma legislação específica relativa à Reprodução Assistida – RA e, mais discutivelmente, sua ausência; o crescimento desenfreado de clínicas e também de mulheres que têm feito uso de tais técnicas (e muitas vezes sob condições não propriamente esclarecidas, apesar dos termos de consentimento livres e esclarecidos) e ausência de políticas de Estado voltadas para a segurança biológica das mulheres, pois a discussão do controle de tecnologias, a exemplo da Fertilização *in Vitro* –

²Ver Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida – JBRA. <http://www.sbra.com.br/> [acesso em 24/07/2009].

FIV, tem se dado recorrentemente e prioritariamente em torno da proteção do embrião.

A grande presença da indústria médico-farmacêutica no campo da oferta de serviços em saúde está ainda entre tantos outros aspectos que acabam por configurar uma grande rede de interesses, saberes e poderes que têm girado em torno da infertilidade, entendido aqui apenas como a ponta de um imenso iceberg num contexto de angústias, sacrifícios e sofrimentos legitimados nos discursos da reprodução medicalizada, como pode ser identificado nas falas a seguir e nos prenúncios de análise subseqüentes.

“A gente nota uma angústia muito grande. A maternidade é uma coisa extremamente diferencial nas mulheres, muito mais do que eu podia imaginar, então elas são capazes de fazer qualquer tipo de sacrifício para ter esse filho. Inclusive, muitas vezes é até financeiro, às vezes você vê que a paciente não tem condições absolutamente nenhuma de sustentar um filho, mas essa vontade de gestar, essa vontade de ser mãe... elas fazem alguns ‘absurdos’, entre aspas, pra conseguir esse resultado” (médico 1)³

“...aí disse: ‘você teve uma trombose’. Tava toda inchada, a perna toda preta, eu sentindo muita dor, não colocava o pé no chão (...) ‘você tem que tomar uma medicação - agora, eu não me responsabilizo. Tem umas que perdem o bebê e tem outras que seguram’. – ‘pois eu não quero tomar não. pois morre eu e ele. Eu vou tomar uma medicação sabendo que vou perder o meu filho que eu tanto lutei, que eu tanto...não!’- ‘Não, mas você tem que tomar, senão você vai chegar a óbito’, ele falou para mim. ‘Vai chegar a óbito com o bebê’. Aí eu: ‘não tem problema não’. Aí eu assinei um termo e ele disse: ‘então eu não me responsabilizo por você’. Ele ficou brabo lá.” (Mercedes)

É possível encontrar um ‘denominador comum’ entre as falas explicitadas acima? Decerto que encontramos algum, certamente até mais de um: a angústia das mulheres, os sofrimentos, os sacrifícios, presentes tanto na fala do médico, quanto na fala de Mercedes (e em tantos outros registros ainda não apresentados) foram os elementos, a partir dos quais, estiveram fundados os problemas desta pesquisa e toda análise subsequente relativa aos discursos em torno das TRA. Nesses discursos, dois temas se sobressaem e expõem a regularidade de uma

³ As entrevistadas e entrevistados (no total 17) para esta pesquisa, exceto os/as médicos/as diferenciados apenas por números (no total 3), foram identificados/as a partir de nomes de grandes artistas – alento nos momentos solitários de escrita. Nina Simone, Etta James, Elis Regina, Clara Nunes, Maria Callas, Mercedes Sosa, Aretha Franklin, Janis Joplin, Amy Winehouse, Billie Holiday, Ella Fitzgerald, Bessie Smith, John Lennon, B.B. King, Jimi Hendrix estiveram nesse processo.

ordem a partir da qual a FIV se legitima: a maternidade e o sacrifício, temas tradicionais de nossa cultura e caros ao estudo proposto, afinal, à Eva – que permanece como arquétipo do sexo feminino - Ihe foi dito por Deus: “multiplicarei sobremodo os sofrimentos da tua gravidez; em meio de dores darás à luz filhos; o teu desejo será para o teu marido, e ele te governará”⁴

A regularidade de uma ordem a partir da qual o uso da técnica de FIV é justificada deu o norte da investigação das formações discursivas relativas à reprodução medicalizada. Se a presença do sofrimento e do sacrifício é um elemento regular nos discursos em torno das tecnologias da reprodução, a fixação dos sentidos de tais elementos é algo com o qual não se pode contar, afinal, o sofrimento nesse contexto pode significar tanto não ter uma criança gerada em si, (ou mesmo do seu sangue, ou com seu genes, ou do seu marido), quanto pode dizer respeito a tudo aquilo, ou a toda experiência física, emocional e material, que se vive em seu nome.

Da mesma forma, o sacrifício pode ser entendido tanto como algo valoroso ou digno de honras (principalmente se se trata de um fim valorizado socialmente, ou um fim moral), quanto pode significar a completa ausência de sentido diante do vivido ou do real (ou uma espécie de loucura à la Medéia⁵) diante de uma situação considerada absurda. Não poder ter uma criança, ou não tê-la diante de tantos meios técnicos disponíveis seria uma situação absurda, inclusive porque, neste último caso, a sacrificada seria a criança pela “falta de empenho” da “mãe” (em potencial).

Considerando que “o caminho da tragédia é essencialmente amoral e, portanto, singular” (DINIZ, 2001, p. 88), a questão explorada aqui se traduz na tentativa de apreensão do que faz do absurdo vivido pelas “tentantes”⁶ o elemento

⁴Gênesis. In: A Bíblia da Mulher: Leitura Devocional, estudo. 2 ed. Barueri, SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 2009.

⁵ Medeia sacrifica seus filhos (e a si mesma) para, sim, afrontar Jasão, mas também para que não sejam vítimas da tragédia de se tornarem bastardos diante da possibilidade do novo enlace matrimonial do ex-marido. Ela está no centro, tão amoral e tão livre quanto Abraão, que se liberta “da angústia moral, mediante uma liberdade que é indiferente ao objeto do sofrimento” (DINIZ, 2001, p.87).

⁶ O termo **tentantes** foi identificado a partir de grupos de discussão na rede social *Orkut* - rede social mediante a qual foram entrevistadas duas mulheres na fase exploratória da pesquisa e que

central da tragédia a ser assumido por elas. Nesse sentido, e em que pese todo potencial desestabilizador da ordem social pelas tecnologias, em geral, e das reprodutivas, em específico, há que se pressupor para fins de investigação, que se já existe um imperativo social que atrela a feminilidade e a reprodução ao sofrimento e ao sacrifício – tais como podem ser observados a partir do caso dos abortos de fetos anencéfalos⁷, das altas taxas de mortalidade materna⁸ por causas evitáveis⁹ e a partir do estímulo ao uso das TRA - os discursos em torno da FIV têm corroborado tal imperativo, ainda que discursos de autonomia, realização pessoal, felicidade, esperança, igualmente se evidenciem. Se de um lado o sofrimento/sacrifício que se legitimava estaria na impossibilidade de algumas mulheres interromperem sua gestação, de outro lado seria pela possibilidade de gestar que esses se justificariam.

Introdutoriamente, estas duas questões, ou “problemas morais” ou “dilemas bioéticos” – o aborto de fetos anencéfalos¹⁰ e uso das TRA - foram pensados como

se submeteram aos procedimentos da FIV. Nas discussões, as mulheres se auto-referenciavam como *tentantes*. Do ponto de vista analítico, o termo é excelente por sugerir a grande dubiedade da eficácia médica no campo da reprodução assistida.

⁷ O Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu no dia 12 de abril de 2012 que grávidas de fetos anencéfalos poderão optar por interromper a gestação com assistência médica. Por 8 votos a 2, os ministros definiram que o aborto em caso de anencefalia não é crime.

⁸A projeção realizada pelo governo de 2008 até 2015 revela aumento ao invés de redução da taxa de mortalidade materna. Projeta-se uma taxa entre 69 e 77 óbitos por 100 mil nascidos vivos entre 2008 e 2010. Os números oficiais para os 3 anos anteriores foram 72,1; 73,4; e 75,0. (IPEA/ Relatório ODM 2010)

⁹Entre as causas da morte materna predominaram as obstétricas diretas (que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas), com destaque para as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf [acesso em 12/05/2009].

¹⁰Em 2006, através de um mandado de segurança impetrado pela defensoria pública de PE, Luciana Vasconcelos conseguiu autorização judicial (TJ-PE) para interromper a gravidez. O pedido havia sido negado em primeira instância, antes de ser autorizado pelo TJ-PE e Luciana disse, em matéria sobre o assunto, que, na primeira tentativa, o juiz pediu que ela voltasse para casa e rezasse. De 2001 a 2006, os tribunais de Justiça do País receberam 46 pedidos de interrupção da gravidez de fetos anencéfalos, segundo estudo realizado pelo Programa de Apoio a Projetos em Sexualidade e Saúde Reprodutiva (Prosare). Os dados de tal pesquisa revelam que entre 2001 e 2006, em 54% dos casos, a decisão teria sido favorável à mulher, em 35% o pedido teria sido negado e, nos 11% restantes, os fetos teriam nascido e morrido sem que houvesse decisão judicial relativa ao caso. A pesquisa revelou também que o Sul e o Sudeste têm mais autorizações do que todas as outras regiões juntas e que, o Norte e Nordeste, no caminho contrário, estão no ranking das solicitações negadas - embora os pedidos fossem maiores se comparados proporcionalmente a outras regiões. (BEZERRA, 2009, p. 190).

instrumentos de sócio-análise ou “arqueologias objetivas do nosso inconsciente” (BOURDIEU, 1999, p. 9) ao propiciar, na leitura das linhas e entrelinhas, um duplo, uma economia do sacrifício relativa à construção do Outro, singular e apenas parcialmente acessível em sua alteridade.

No caso da gravidez de fetos anencéfalos, por exemplo, mesmo quando da certeza de um diagnóstico de má formação incompatível com a vida extrauterina (gravidez de fetos inviáveis, com diferentes patologias, síndromes ou más formações), a mulher deve expor seu problema ao mundo público e é neste espaço que a decisão em manter em seu corpo um feto por nove meses e que não sobreviverá ao nascer será tomada.

“O sofrimento em si não é alguma coisa que degrade a dignidade humana” - esta frase foi proferida por Cezar Peluzo, um dos ministros do Supremo Tribunal Federal, ao tentar argumentar contra uma das assertivas do advogado da causa das mulheres grávidas de fetos anencéfalos. Por ora, utilizo sua fala para abrir espaço para uma das questões centrais nas negociações políticas em torno daquilo que pode ser considerado natural ou cultural na oposição natureza-cultura/ natural-construído: o sofrimento, ou seja, pelo quê as mulheres podem/devem ou não podem/devem sofrer ou ter a *coragem de sofrer* (THOMAS, 1991, p. 94).

O sofrimento, o sacrifício (consequência do sofrimento ou gerador dele) é tomado aqui como pano de fundo ou caminho para chegar à identificação de valores que têm justificado a mulher como o Outro do Outro que já é, em sua normalidade, incompleto. É o Outro julgado a partir de valores construídos, alimentados e aceitos de forma natural e tão imperceptivelmente, quanto tão imperceptivelmente vai se construindo e se perpetuando a legitimação em torno da existência de “corpos não civilizados” (FERREIRA, HAMLIN, 2010) passíveis de exploração, investigação, dissecação.

A partir de treze mulheres que buscaram a FIV para engravidar, entre as quais três acompanhadas para esta pesquisa desde as primeiras injeções de hormônios até o teste de gravidez (e que também foram entrevistadas), foi possível constatar o sofrimento e sacrifícios corporais, emocionais e materiais vividos por elas, senão

a partir de alusões diretas - como aconteceu na maior parte dos casos - através da identificação destes pelas descrições realizadas durante as entrevistas.

As experiências, em alguns contextos, passaram a ser fonte de muita alegria e felicidade, e é importante que se diga que as mulheres que conseguiram engravidar por meio da FIV se encontravam muito satisfeitas ou, pelo menos, se apresentavam satisfeitas. No entanto, nenhuma delas, mesmo aquela mais realizada, deixou de lado o relato de esforços, sacrifícios (sociais, físicos, econômicos) e, mesmo, sofrimento emocional, como demonstrado a seguir:

Para mim, fisicamente, foi um esgotamento muito grande. É tanto que eu estou começando a voltar ao meu corpo agora, quase dois anos depois do encerramento da última medicação. E é um processo em que você se sente muito invadida. Por quê? Porque você tem um estranho para lhe catucar, porque você está sempre no ginecologista, você está sempre fazendo ultrassom, você está sempre sendo monitorada, você está sempre tomando injeção de hormônio, então você se sente muito exposta, mas em momento nenhum passou pela minha cabeça que não valesse a pena. (Aretha)

A pena, a sanção, a penitência, o castigo. Fala-se tranquilamente, quase que displicentemente, da pena. Mas qual seria o desvio? Os fragmentos relatados aqui, recortes da realidade de mulheres que têm buscado a FIV para engravidar, estão baseados nos testemunhos de dor, de invisibilidade, de internações, perdas, solidão, enfim, das penas que, como desviantes, devem cumprir. Como essas mulheres legitimam esse sofrimento 'inevitável' e, de certa forma, desejado? Qual sua culpa, ou seu "crime" e, por vezes, até seu pecado? Não fazer jus a uma expectativa social sobre o seu corpo, corpo este faltante (ou mais faltante que o normal), em relação a um projeto identitário hegemônico e que, fatalmente, passa pela maternidade.

Essas mulheres compartilham o protagonismo em um campo de formações discursivas em torno da feminilidade e da reprodução que, em articulação com os discursos da ciência médica, da indústria médico-farmacêutica e do Estado, constituem-nas em sujeitos da fertilidade.

Pela consideração de tudo exposto até o momento é que a FIV (tanto a convencional, quanto com Injeção Intra-Citoplasmática de Espermatozóide - ICSI)

foi tomada enquanto referente empírico desta pesquisa por, do ponto de vista dos sofrimentos e sacrifícios, primeiro, conter em si práticas legitimadas e controversas no tocante à profunda mobilização de corpos femininos com o fim último da (re) produção de um filho biológico; segundo, por esta mobilização acontecer mediante ampla intervenção de um campo específico do saber protagonizado pela ciência médica [e por um aparato econômico institucional que compreende: clínicas de fertilização, indústria farmacêutica, órgãos estatais de regulamentação da prática médica]; terceiro, por estar condicionada às medicações de alto custo produzidas e tornadas públicas por poderosos segmentos da indústria médico-farmacêutica e cujos efeitos nos corpos das mulheres ainda não são plenamente conhecidos e, finalmente, e conseqüentemente, por mobilizar campos da (bio) política através do campo religioso, e do movimento feminista.

Quando se fala de uma profunda mobilização dos corpos femininos, diz-se dos processos aos quais são submetidos esses corpos antes, durante e depois da FIV propriamente dita, ou seja, dos exames, cirurgias, exposições hormonais, punções, procedimentos da transferência embrionária – que acontecem em etapas (descritas resumidamente a seguir) que poderão se suceder a depender das respostas de seus organismos (e este é um ponto digno de registro).

A técnica de reprodução assistida mais conhecida é a fertilização in vitro (FIV), popularmente chamada de "bebê de proveta". Na primeira etapa, denominada estimulação ovariana controlada, a paciente recebe drogas indutoras da ovulação para aumentar a produção de óvulos. Em seguida, com o auxílio de uma ultrasonografia transvaginal, os óvulos são coletados e levados ao laboratório. Paralelamente, os espermatozoides do paciente são preparados em laboratório de modo que, para cada óvulo a ser fecundado, haja cerca de 50 a 100 mil espermatozoides móveis. Na etapa seguinte, totalmente desenvolvida em laboratório, os óvulos e espermatozoides são colocados em um meio especial de cultura para que ocorra a fecundação. Se a fertilização for bem sucedida, dará origem a pré-embriões, que serão transferidos para o útero da paciente de 48 até 120 horas após a coleta dos óvulos.¹¹

¹¹ Clínica e Centro de Pesquisa em Reprodução Humana Roger Abdelmassih - www.abdelmassih.com.br [acesso em 19/08/2009] – Algum tempo depois que o Médico Roger Abdelmassih, conhecido como o “papa da reprodução assistida” foi acusado de assediar sexualmente e estuprar 51 mulheres, o site da clínica com seu nome saiu do ar, bem como as informações que ilustram alguns dos dados levantados para esta pesquisa.

Apesar de toda abordagem técnica relativa ao procedimento da FIV, faz-se necessário considerar que a primeira etapa representada pela estimulação é um momento de muita apreensão por parte das mulheres – principalmente aquelas que são atendidas no serviço financiado pelo SUS –, pois é somente a partir da resposta de seu organismo, nessa primeira etapa, que as outras poderão se suceder.

Cada uma ao seu jeito expôs sua própria trajetória, fosse esta relativa ao acesso aos serviços de RA ou na lida com os/as profissionais, fosse relativa ao enfrentamento de diagnósticos e procedimentos, e/ou outros processos mais complexos como o luto, consequência tanto de resultado negativo de gravidez, quanto de resultado positivo inesperado, tal como gravidez quadrigêmea, por exemplo, e prováveis sequelas de nascimentos prematuros. Mesmo considerando a peculiaridade das entrevistadas e de suas histórias que, como já falou uma delas: *“Faça a fertilização em dez mulheres e você vai ver, vai ser tudo diferente, porque tudo é diferente, porque cada uma tem um jeito, uma forma de vida, e reage de uma forma diferente”* (Billie Holliday), um aspecto as unifica para além do sofrimento e dos sacrifícios, ou circunstancialmente torna essas mulheres “tentantes” como uma categoria passível de análise: a busca pela satisfação de um desejo, a busca pela maternidade biológica através da FIV.

Pode-se dizer que o fato de que corpos femininos estão impregnados da função procriadora antes mesmo de serem corpos adultos, mais que isso, considerados e tratados como doentes ou defeituosos - portanto passíveis de intervenção médica, medicalização e, enfim, de “cura” – se constituiu em uma das principais forças motrizes desta pesquisa. Lentes através das quais este campo de estudos foi iniciado e desenvolvido. Mediante tal análise, ou seja, das formações discursivas, aquilo que, em princípio, parecia fluido ou fragmentado, deu-se lugar às interpretações possíveis dos muitos significados identificados nos discursos em torno das Técnicas de Reprodução Assistida – TRA -, mais especificamente da técnica de Fertilização in Vitro - FIV - e ao que esta mobilizaria política, econômica e socialmente.

Um diálogo (acadêmico) breve, num lugar improvável, com uma das professoras presentes no Grupo de Trabalho – GT Antropologia e medicamentos¹² - no qual eu acabara de apresentar um trabalho, fala um pouco desse processo de inquietações e múltiplas interpretações em torno da medicalização da reprodução, cujos sentidos atrelados ao sofrimento e ao sacrifício reverberam e estão implicados nos discursos acerca da feminilidade e da reprodução. Tudo foi muito rápido e ocorreu mais ou menos assim:

Professora (*fala ágil, dinâmica, ativa*): *Sheila, eu achei que vocêalaria das experiências das mulheres com FIV, digo, a forma como lidam com as injeções, os hormônios, o controle, os exames. Meu filho foi de proveta, e eu, assim, achei que vocêalaria dessas experiências.*

Eu (*tentando responder rápido, considerando sua fala e informações de entrevistas*): - *“Entendi. Algo relativo aos medicamentos dos quais as mulheres fazem uso sem que tenham a efetiva noção do que estão tomando... do sofrimento, dos sacrifícios...”*

Professora (*discordando, falando rápido, atenta ao andamento da fila indiana*): - *Bem, tomar medicamentos sem saber o que se toma, isso é comum /normal e não acontece só com relação à reprodução assistida, não é isso (...) quanto ao sacrifício, não acho que é por aí...*

A fila andou, a porta do banheiro se abriu, ela se despediu rapidamente, entrou e, em seguida, a outra porta se abriu e eu entrei, e não continuamos a nossa conversa. O que ficou foi uma ressonância desse breve diálogo de profundos e inquietantes sentidos. Por ora me aterei a, pelo menos, dois aspectos que considero importantes nesta introdução e que apresentarei aqui em forma de perguntas. Primeiro, por que entender como comum/normal, enfim, de onde vem essa institucionalização do desconhecimento, pelo/a usuário/a, relativo ao processo de medicalização? E, mais que isso, como justificar esta equivalência entre o desconhecimento no contexto da FIV e outros contextos nos quais se demanda a medicalização? Segundo, como explicar a resistência (no caso, explicitado pela referida professora) ao termo *sacrifício* diante do que as mulheres fazem para tentar engravidar? É claro que principalmente essa segunda questão toma fôlego

¹² O GT Antropologia e medicamentos aconteceu na IX Reunião de Antropologia do Mercosul – RAM, que aconteceu em Curitiba, Brasil, de 10 a 13 de julho de 2011.

com a informação da professora de que seu filho seria resultado de técnica de FIV (ou de proveta, como a ela mesma descreveu), isso porque rebate em um aspecto muito caro a esta pesquisa: os processos de construção de subjetividades relativas ao desejo da reprodução biológica e seu rebatimento nas discussões em torno dos direitos reprodutivos.

A fim de chegar às formações discursivas entendidas aqui enquanto regularidade na dispersão (LACLAU & MOUFFE, 1985, p. 143) e responder como manifestam e potencializam discursos hegemônicos de feminilidade e reprodução, pela consideração de que a “hegemonia supõe o caráter incompleto e aberto do social, que só pode constituir-se em um campo dominado por práticas articulatórias” (Ibid, p. 178), o processo de investigação e análise aconteceu na medida em que se desejou buscar as práticas de poder e os jogos de verdade relativos à constituição do sujeito ou das diferentes formas de sujeito no contexto das TRA.

O sujeito do qual se fala (e aqui entramos, por exemplo, na alçada dos diferentes posicionamentos encontrados no movimento feminista relativo ao uso das TRA) possui uma identidade “sempre contingente e precária, temporariamente fixa na intersecção dessas posições de sujeito e dependente de formas específicas de identificação” (MOUFFE, 1996, p. 105). Esse sujeito seria o ponto de convergência de poderes, formações discursivas, dispositivos de produção e de controle – ainda que contingentes.

“teremos que abordá-lo como uma pluralidade, dependente das várias posições do sujeito através das quais se constitui em várias formações discursivas, e de reconhecer que não existe qualquer relação prévia e necessária entre os discursos que constituem as diferentes posições do sujeito. No entanto, pelas razões anteriormente apontadas, esta pluralidade não envolve a coexistência de uma pluralidade de posições de sujeito, mas antes a constante subversão e sobredeterminação de uma pelas outras, que tornam possível a criação de “efeitos totalizadores” num campo caracterizado por fronteiras abertas e indeterminadas”. (Ibid, p. 105)

Por mais que este sujeito não pudesse ser compreendido a partir de uma identidade universal (morta em termos pós-estruturalistas), ainda assim seria aquele que, sob a égide de “efeitos totalizantes”, identificar-se-ia através de

padrões de feminilidade e reprodução naturalizados ou essencializados, pela legitimação do sacrifício, da dor, e do sofrimento como elementos constituintes desse feminino. Trata-se, do sujeito que, nos discursos hegemônicos encontra-se atrelado à fertilidade e se constitui a partir de uma correlação estreita e determinante entre ser mulher e ser mãe; segundo, é o sujeito cuja renúncia e sacrifício são constituintes do que seria sua natureza original e cujo anseio pela maternidade biológica seria naturalizado ou, mais propriamente, mitificado. Ou seja, assim como em Laclau e Mouffe (2004, p. 156), “sempre que neste texto utilizemos a categoria de ‘sujeito’, o faremos no sentido de ‘posições do sujeito’ no interior de uma estrutura discursiva”.

Nosso sujeito concretizado e hiperbolizado, portanto, nas situações-limite ou nas fronteiras entre corpo biológico *versus* corpo socialmente construído que o contexto de uso das tecnologias com fins de reprodução tem propiciado, está localizado, no contexto das TRA, num modelo de reprodução dominado por uma estrutura de saber-poder que, por um lado, corrobora um modelo de reprodução calcado em padrões convencionais de parentesco atrelados à consangüinidade e a padrões tradicionais de família¹³, e, por outro lado, propicia um maior controle do sujeito sobre si no que tange ao conhecimento mais acurado de sua fisiologia, e no que o torna potencialmente autônomo em suas escolhas.

Há que se perguntar, no entanto, a partir de tudo dito até aqui: sendo a reprodução possível irremediavelmente (até o momento) pela presença de materiais biológicos masculinos e femininos, é possível falar de um sujeito da reprodução identificado no outro do sexo, ou melhor, no Outro do outro, mais detidamente à figura das mulheres “anormais” e a partir de seus corpos?

Para responder a tal questão, deve-se considerar que as biotecnologias da reprodução (representadas aqui pelo avanço dos medicamentos), apesar do grande potencial de transgressão das ordens corporal e socialmente difundidas, têm subsidiado as ausências ou as “deficiências” de determinadas funções que, em tese, estariam atreladas ao que seriam consideradas as funções naturais dos

¹³ Até o momento, por exemplo, mulheres solteiras ou casais homossexuais não têm tido a possibilidade de acessar os serviços públicos de RA.

corpos – femininos e masculinos. Assim, se para os homens geralmente é a “função” sexual que é otimizada através do “tratamento” da disfunção erétil, nas mulheres a indústria médico-farmacêutica tem aperfeiçoado a “função” procriadora de seus corpos.

Nesse sentido é possível dizer que, embora a técnica de FIV não prescindida da participação do corpo masculino, que também esses corpos sofram intervenções na medida em que são diagnosticados “defeitos”, e, ainda, que igualmente sofram psicologicamente a ausência de um/a filho/a e, em casos mais raros, sofram intervenções cirúrgicas e/ou tomem medicamentos para estimular a produção espermática, a responsabilidade sobre a infertilidade ainda tem recaído sobre o corpo feminino. Essa pressão sobre as mulheres nos diz muito acerca de, em nome de quê estas podem/devem ou não podem/devem sofrer e, conseqüentemente, dos discursos hegemônicos em torno da feminilidade e da maternidade.

O fato de que as mulheres sejam investidas, nesta pesquisa, dos elementos que as caracterizam como sujeito da reprodução, não deve ser entendido, nem de longe, como um passo atrás no caráter relacional que os estudos de gênero justamente sustentam. No entanto, e agora respondo às críticas que recebi ao longo do processo de maturação da pesquisa (pelo fato de ter enfatizado propositadamente a voz das mulheres num processo em que, salvo raras exceções, os homens são “quase”¹⁴ tão mobilizados quanto as mulheres), o caráter relacional dos estudos de gênero não deve fazer subsumir elementos ainda intrincados nas redes de sentido da construção dos gêneros, que, em muitos aspectos, expõem desigualdades nas relações entre homens e mulheres.

A experiência, na realidade, o contato que eu tive com esse procedimento, eu acho que faz uns 30 dias de vivência real do que é aquilo ali. Por saber assim, já faz uns três a quatro anos que a gente vem tentando, mas uma tentativa mais da parte de xxx

¹⁴O “quase” mais próximo que um homem pode vivenciar em relação à experiência física das mulheres é a punção para análise ou retirada de esperma, fato que é considerado raro – ou seja, que não acontece com regularidade. Em geral, os homens colhem seu material através de masturbação. As mulheres, por sua vez, passam por diversos exames (alguns beiram procedimentos cirúrgicos), cirurgias, estimulação hormonal, punções, transferência embrionária e, quando do “sucesso” do procedimento, a gravidez e, muitas vezes, gravidez de risco e, ainda, acompanhamento dos bebês quando estes ficaram com sequelas.

(esposa), nem tanto da minha, minha também que eu tenho que participar, mas não é de uma forma direta como ela. (John)

Eu nunca cheguei a impor, ou vamos dizer assim, finalizar uma adoção porque eu não sentia segurança da parte do meu companheiro na época[...] então eu fui até , eu acho, além do limite que eu me permitia por conta dele na época” (Aretha)

Considerar os processos de dominação masculina (criticados por tabela quando da crítica ao patriarcado como conceito fixador) não é o mesmo que limitar qualquer análise a ela (no caso, à dominação masculina) sem a consideração de uma “ontologia relacional” (SAFFIOTI, 1992, p. 21), ou seja, sem levar em conta que as relações sócio-simbólicas são construídas e transformáveis (MACHADO, 2000, p. 10).

Dessa forma, seguir o conselho em privilegiar uma pretensa ontologia relacional desconsiderando os pontos nodais das correlações de força (identificadas ou não a partir de conceitos como patriarcado) parece-me ser uma estratégia política com pouca pretensão de efetiva transformação nas relações de poder entre homens e mulheres, e essa perspectiva esteve bem longe das ambições do exercício investigativo que ora se apresenta. Nesse sentido, para que o caráter relacional fosse efetivamente contemplado, considerando tudo dito até aqui, foram analisadas as vozes dos maridos, principalmente aqueles que estavam acompanhando suas esposas enquanto o registro etnográfico era realizado.

Seguindo então a apresentação dessa pesquisa que primou certamente pelo caráter relacional e, entre outras coisas, por uma ciência compromissada com a transformação do mundo pela consideração das inegáveis desigualdades sociais justificadas pela ‘natureza’ de ‘corpos não civilizados’ ou, mais propriamente, passíveis de intervenção, o objetivo geral desta tese, como já dito anteriormente, foi analisar as forças que disputam a hegemonia em torno do significado das tecnologias da reprodução. Para tanto, dentre seus objetivos específicos estiveram: a identificação das regularidades e dispersões discursivas em torno do significado do sacrifício e do sofrimento como construtos de feminilidade e da reprodução no contexto da FIV, e o estudo de como a articulação entre Estado, Ciência Médica e

mercado repercutem nos discursos que as mulheres produzem acerca de si mesmas e de suas experiências pessoais ao buscar a FIV.

Para alcançar tais objetivos, a pesquisa constou de, pelo menos, três segmentos que denomino 'braços' da pesquisa para além da revisão sistemática da literatura: 1) um relativo à análise documental (relativo aos documentos médicos e do Estado); 2) outro que consta de entrevistas semi-estruturadas realizadas com as mulheres que fizeram FIV (que conseguiram ou não engravidar) e alguns dos maridos e, por fim, 3) a realização de relato etnográfico a partir do serviço público de RA – Reprodução Assistida sediada no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP financiado pelo SUS em Recife (nordeste do Brasil), que teria se transformado na capital nordestina da FIV e estaria entre os cinco maiores polos do país¹⁵. Para atingir a especificidade da vivência das mulheres e o que referenciam enquanto sofrimento e sacrifícios na busca pela maternidade biológica, inclusive do ponto de vista material, traçou-se o seguinte recorte metodológico: foram entrevistadas tanto mulheres atendidas em serviços particulares de RA (no total sete entrevistas), quanto aquelas atendidas em serviço de RA financiado pelo SUS (no total seis entrevistas)¹⁶.

Para a realização do relato etnográfico, acompanhei as intervenções realizadas em três tentantes a partir de suas primeiras consultas até as últimas etapas do processo de FIV no IMIP e, junto às entrevistas, a etnografia se constituiu em um dos momentos mais vivos desta pesquisa.

Entre outros elementos apontados no capítulo metodológico, foram explorados os discursos legitimados pela indústria médico-farmacêutica, mais propriamente através dos laboratórios Merck Serono e Schering- Plough, esses que, com o objetivo de comercializar seus produtos e através de frases como "Você, nós, somos os pais da fertilidade", criam sonhos, milagres, criam representações de um futuro feliz pela criação de belas imagens de barrigas e lindos bebês e, ainda, criam-se a si mesmos, por assim dizer, como co-criadores de um processo que, na maior parte dos casos e a partir das ditas taxas de

¹⁵ http://www.diariodepernambuco.com.br/2008/11/16/urbana8_0.asp [acesso em 17/01/2009].

¹⁶ Duas das mulheres atendidas no serviço público já haviam sido atendidas em serviço privado. Uma delas foi atendida em serviço privado/clínica particular por meio do *Programa Acesso*.

(in)“sucesso” da FIV (expostas a seguir) não é nem de sucesso e nem de felicidade.

Tomando por exemplo dados disponibilizados pela REDE, a maior chance (35,5%) de um “quase” final feliz (porque engravidar através de FIV também não significa ter um bebê ao final da gravidez) estaria apenas para as mulheres com até 35 anos. Nas mulheres com idade entre 35 e 39, ou mais de 40, as taxas seriam, respectivamente, de 29,5% e 18,4%. Para melhor compreender essa técnica, seu funcionamento, seu alcance e os campos simbólicos que mobiliza, o **primeiro capítulo** está dedicado à descrição e contextualização da FIVETE/ICSI ou Fertilização in Vitro – FIV e Transferência Embrionária - TE e a Injeção Intracitoplasmática de espermatozóide - ICSI no campo da Reprodução Assistida, justificadas enquanto referente empírico desta pesquisa entre tantas outras técnicas que compõem o campo das biotecnologias da reprodução. É no primeiro capítulo ainda que serão apresentadas as causas e conseqüências da infertilidade que têm justificado a busca pelas biotecnologias da reprodução; os riscos físicos e emocionais das TRA/FIV e os principais números das TRA e da FIV/ICSI no Brasil e no mundo - com a justificativa de Recife enquanto lócus de pesquisa - e os detalhes técnicos do funcionamento de tais biotecnologias, em consonância com uma contextualização dos aspectos políticos, culturais e econômicos que os entornam.

Para discutir a FIV à luz dos direitos sexuais e reprodutivos, o **segundo capítulo**, *Diálogos Teóricos*, se incube da missão de uma “visitação” e “revisitação” das compreensões do movimento feminista acerca das TRA e em que estão condizentes, por um lado, com os anseios das mulheres e, por outro, com a crítica ao modelo ou aos modelos de ciência à luz dos conceitos de biopoder e patriarcado. Serão desenvolvidas nesse capítulo algumas ideias que acabaram por se constituir em “notas de campo” sobre este que parece ser, para além do incesto e de outros tabus presentes em nossa sociedade, o escrúpulo social paradoxalmente evidenciado pelas TRA: a (im) possibilidade da crítica ao desejo da maternidade biológica pela impossibilidade “essencial” da crítica ao mito.

As questões relativas à forma como os discursos da indústria médico-farmacêutica tem se articulado àqueles da ciência médica e do Estado serão exploradas também no segundo capítulo, onde serão colocados em perspectiva os fundamentos legais e científicos relativos às tecnologias da procriação, à gestão dos corpos e ao espírito do biocapital. Nesse sentido, aspectos relativos às políticas de financiamento das TRA serão articulados às variáveis relativas às taxas de sucesso da técnica, aos efeitos colaterais conhecidos (e ainda não conhecidos) dos medicamentos utilizados na estimulação e os riscos físicos, emocionais e materiais assumidos pelas mulheres quando estas assumem também a FIV como último recurso em busca da gravidez biológica.

É ainda no capítulo segundo que se leva em consideração que o Estado, mobilizado pela demanda, tem se ausentado de uma discussão central suscitada pela informação de que

A medicalização na medicina foi introduzida como recurso terapêutico. Seus efeitos colaterais têm sido considerados pela mensuração do binômio risco-benefício. Contudo, no que diz respeito à medicalização voltada para o tratamento de infertilidade, há que se dizer pelo menos duas coisas “infertilidade não ameaça a vida, nem é a concepção assistida um tratamento para infertilidade” (BATEMAN, 2002, p.325).

Assim, ao financiar a FIV como política de planejamento familiar¹⁷, o Estado contribui para o acesso àquilo que se demanda. Mas aquilo que se demanda o que é de fato? Afinal, reivindicar o acesso a tais tecnologias sob o argumento do desejo de filho como direito reprodutivo tem desdobramentos que não podem ser ignorados e devem ser amplamente debatidos (RAMIREZ-GÁLVEZ, 2006, p. 36).

Considerando, como apresentado no primeiro capítulo, que a FIV é a técnica mais complexa no meio da reprodução assistida e, pelos procedimentos que envolve, evidencie situações-limite de sofrimento e sacrifícios vivenciados pelos sujeitos que buscam a filiação biológica, o segundo capítulo apresenta, ainda, os principais diálogos teóricos e os métodos utilizados no processo de investigação acerca das implicações das formações discursivas relativas à FIV – decorrentes da

¹⁷ Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.

articulação entre ciência médica, indústria farmacêutica e Estado - nos discursos que as mulheres produzem acerca de si mesmas e de suas experiências pessoais ao buscar as biotecnologias da reprodução. Pela capacidade que a FIV tem de concentrar em si diversos processos articulatórios próprios às negociações em torno das escolhas reprodutivas, serão analisados os discursos relativos à naturalização construída do sofrimento e sacrifícios como alicerces dos discursos hegemônicos de fertilidade e reprodução.

Dessa forma, serão evidenciadas ainda as verdades que estão postas em torno do acesso às TRA por meio dos sentidos políticos já naturalizados no discurso em torno da criação do sexo (e toda conjuntura a ela subsequente), seja através da perspectiva *desconstrucionista* de Derrida, seja através das construções dos sentidos de hegemonia e discurso por Laclau, Mouffe e Foucault e, ainda deste último, a influência quanto à abordagem do corpo como elemento que resulta de articulação política.

O **terceiro capítulo** expõe as estratégias metodológicas por meio da especificação dos segmentos de pesquisa, apresenta o perfil das/os entrevistadas/os, inteira acerca dos prolegômenos e cuidados do processo investigativo, tais como a passagem pelo comitê de ética do IMIP (e as dificuldades do campo) e apresenta os primeiros resultados da pesquisa por meio do registro etnográfico.

O **quarto capítulo**, por sua vez, e seguindo a linha de investigação, compreende as leituras e os questionamentos que se têm realizado em torno da vivência das mulheres, considerando os jogos de verdade que circundam os desejos diversos em torno da reprodução biológica – ter um filho para si, ter um filho para o marido, ter alguém do seu sangue, ter uma extensão sua no mundo, recalcar o fim, e assim por diante. Nesse processo, os discursos em torno da feminilidade e da reprodução se deslocam, nesse capítulo, dos textos dos documentos médicos, do Estado e da indústria médico-farmacêutica, pulverizados ao longo dos capítulos anteriores, e são sobredeterminados pelos corpos que, discursos em si, põem à disposição as experiências vividas em torno das tentativas, das gravidezes, dos nascimentos, dos possíveis lutos e de outros

possíveis caminhos. É neste capítulo onde se encontram também as falas dos homens e seus próprios discursos.

Por fim, todo o desenvolvimento desta pesquisa leva em consideração ou, mais propriamente, é provocada pela questão posta por Débora Diniz e Dirce Guilhem acerca da relação entre autonomia e vulnerabilidade social no contexto da corrente crítica feminista da bioética:

as mulheres estariam se submetendo aos tratamentos reprodutivos por estarem exercendo sua autonomia reprodutiva ou por ser a maternidade um imperativo social, embebido em meio ao imaginário social associado à feminilidade? (DINIZ & GUILHEM, 2002, p. 25)

Capítulo 1. Estado da arte da ‘FIVeTE’ e ICSI

A Fertilização in Vitro e Transferência Embrionária (FIVeTE) e a Injeção Intra-citoplasmática de espermatozoide (ICSI) são algumas das Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) que, segundo o *glossário revisado da terminologia das técnicas de Reprodução Assistida*¹⁸ do Comitê Internacional para Monitoração da Tecnologia Reprodutiva Assistida (ICMART) e Organização Mundial de Saúde (OMS), envolve fertilização extracorpórea, ou seja, a fertilização sem a intermediação do corpo da mulher, sendo necessário, para tanto, a intervenção de um conhecimento técnico especializado e de alto custo monetário. Em geral, os procedimentos de reprodução humana assistida compreendem exames e procedimentos preparatórios para técnicas mais complexas, como é o caso das FIVeTE/ ICSI que, por este motivo, assumem lugar central na pesquisa em tela.

Neste capítulo, FIVeTE/ICSI serão contextualizadas no campo da Reprodução Assistida e justificadas enquanto referente empírico desta pesquisa entre tantas outras técnicas que compõem o campo das biotecnologias da reprodução.

Os caminhos trilhados pelas tentantes até a FIV, bem como a descrição passo a passo das etapas dessa técnica e as aproximações, mas principalmente as diferenças que marcam a FIV e não a Inseminação Intra-Uterina (IIU), ou inseminação artificial como referentes empíricos, serão apresentados neste capítulo, junto com as causas e as consequências da infertilidade pela consideração do declínio do índice global de fertilidade, e os principais números das TRA e da FIV/ICSI no Brasil e no mundo, com a justificativa de Recife enquanto lócus de pesquisa.

¹⁸http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_por.pdf

1.1. **FIVeTE/ICSI**

Em princípio, a complexidade de tais técnicas adviria do fato de que seus métodos seriam realizados em laboratório, demandando conhecimento especializado e tecnologias de ponta para o manejo *in vitro* do sêmen e dos óvulos. A questão é que, como uma boneca russa, camada sobre camada, a complexidade da técnica e das problemáticas de seu entorno se desvelavam – e, vale acrescentar, para além de uma leitura puramente técnica do procedimento, como, por exemplo, no que tange tanto às questões morais relativas ao material biológico manuseado nos laboratórios, ou mesmo, aos discursos hegemônicos sobre feminilidade e reprodução presentes em cada etapa técnica vivenciada pelas tentantes.

Inicialmente, e a partir das considerações técnicas, em que pesem as informações apresentadas na **tabela 1** de que a ICSI segue sendo preferida à FIV convencional numa proporção 85% e 15%, respectivamente, pode-se dizer que a ICSI pressupõe a FIV, ou que é uma espécie de desdobramento desta, e que essas técnicas têm “trabalhado juntas” em casos em que há, por um lado, fator de esterilidade masculino grave, e ainda, fracassos de fecundação anteriores a partir de FIV convencional, de Inseminação Artificial, ou em situações nas quais se dispõe de um número limitado de óvulos.

Resumo Resultados Técnicas Reprodução Assistida 2009*							
	Fresco			TEC	OD	OD (TEC)	Total
	FIV	ICSI	GIFT/TOMI				
Ciclos iniciados	4,101	23,073	227				27,401
Aspirações	3,656	21,274	222				25,152
Transferências embrionárias	3,191	21,274	203	4,711	4,801	1,107	35,287
Média de embriões transferidos	2,4	2,4	2,3	2,4	2,0	2,0	2,4
Gravidezes clínicas	1,143	6,357	87	1,302	2,212	387	11,488
Gravidezes duplas	22%	19%	36%	12%	25%	24%	20%
Gravidezes triplas	2%	2%	11%	2%	2%	3%	2%
Partos ≥1RNV	883	4,798	62	903	1,613	272	8,531
Bebês Vivos	1,135	6,006	99	1,067	2,047	347	10,701

*RNV – Recém Nascido Vivo; TEC – Transferência de embriões congelados/descongelados; GIFT – Transferência tubária de gametas; TOMI – Transferência de Ovócitos Microinjetados; OD – Ovulação

Tabela 1 - Resultado das TRA na América Latina

Um ciclo de FIV com ou sem ICSI é caracterizado por, pelo menos, cinco etapas, que podem ser descritas resumidamente como 1) Estimulação da ovulação por meio de medicalização; 2) Coleta de óvulos¹⁹ e espermatozoides; 3) Manipulação dos gametas; 4) Transferência dos embriões; e, 5) Suporte da fase lútea.

O que vem diferenciar a FIV/ICSI de uma FIV convencional é o fato de que na FIV convencional, mais precisamente na terceira fase (de manipulação dos gametas), muitos espermatozoides são colocados juntos com um único ovo num mesmo recipiente com o intuito de que um deles entre por si mesmo e o fertilize, enquanto na FIV/ICSI, o/a embriologista injeta um único espermatozoide em um

¹⁹ Link para vídeo de aspiração folicular: <http://vimeo.com/2472562> [acesso 21/12/2011].

único óvulo e esses são observados por meio de um microscópio óptico sob o aumento de 200X (como pode ser observado na **figura 1** a seguir), buscando um processo mais preciso ou menos vulnerável que o olho nu do/a especialista.

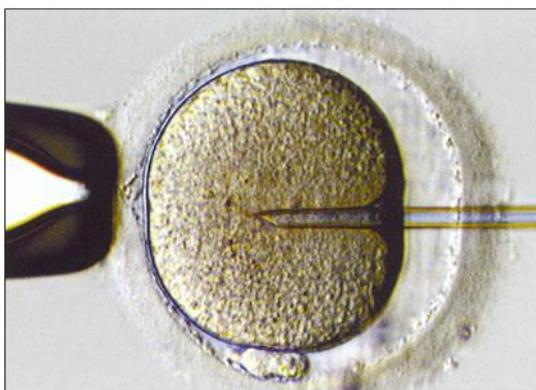


Figura 1- Injeção Intra-Citoplasmática de Espermatozoide - ICSI

Por não se anularem e, pelo contrário, serem continuidade da outra em casos considerados mais difíceis, FIV e ICSI têm sido, em geral, tratadas conjuntamente e esse foi o movimento desta pesquisa. Por outro lado, a discriminação entre as técnicas de FIV e inseminação intrauterina (IIU) melhor justificam a FIV, e não outra TRA como a inseminação artificial, como referente empírico desta tese. É sobre tal diferenciação que se debruça o próximo tópico.

1.2. FIV e Inseminação Intrauterina – IIU ou Inseminação Artificial - IA

Em que pese o fato comum de que as técnicas de FIV e IIU criam condições favoráveis à gravidez por meio de uma série de procedimentos sistemáticos de investigação da infertilidade e de um processo de estimulação controlada dos ovários, distinguem-se entre si, em princípio, e de modo superficial, pela IIU dispensar o recipiente plástico tão representativo da técnica de FIV e deixar que os espermatozoides colocados através de um cateter nas tubas uterinas sigam rumo à fecundação do óvulo em seu movimento natural. No entanto, mais do que a proveta que acabou por nomear os “bebês de proveta”, outras importantes diferenças marcam essas duas técnicas.

A primeira dessas diferenças está em que na IIU a quantidade de medicação utilizada é bem menor do que aquela necessária na FIV; a segunda é que, na IIU, ao contrário da FIV, não há a necessidade de uma cirurgia – a punção ovariana – como é necessário no caso da FIV para a obtenção dos óvulos por via vaginal; por fim, a IIU é uma técnica que envolve menores custos e é indicada para casos considerados menos graves, ou aqueles em que as mulheres possuam pelo menos uma tuba uterina íntegra e os homens produzam pelo menos cinco milhões de espermatozoides móveis.

A FIV, por sua complexidade que envolve muitas vezes a ICSI, como dito anteriormente (quando se trata de baixa produção de espermatozoides ou de morfologia deles comprometida em até 4%²⁰), é uma técnica cara (bem mais cara que a IIU), cujo valor por tentativa tem girado em torno de R\$ 15 mil a R\$ 20 mil, podendo chegar a R\$ 50 mil²¹, encontrando-se ainda inacessível a boa parte da população mundial que não tem a possibilidade de pagar os valores solicitados e vivem em países que não a disponibilizam através de políticas públicas de planejamento familiar.

Apresentadas as principais características da FIV e as diferenças que marcam essa técnica e não a IIU como ponto a partir do qual se funda esta pesquisa, este primeiro capítulo remonta à literatura médica a fim de contextualizar, entre outras coisas, a epidemiologia da infertilidade, considerando suas causas e consequências, bem como a descrição passo a passo das etapas dessa técnica e alguns dos riscos inerentes ao seu uso. Além disso, este capítulo apresenta os caminhos precedentes à FIV trilhados pelas tentantes em consonância com uma breve contextualização dos aspectos políticos, culturais e econômicos que os entornam, bem como expõe os principais números das TRA e da FIV/ICSI no Brasil e no mundo, com a justificativa de Recife enquanto lócus de pesquisa.

²⁰ <http://www.unifesp.br/grupos/rhumana/iiuivf.htm> Acesso em 09/05/2012

²¹ <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2012/03/apos-7-anos-saude-estuda-incluir-fertilizacao-vitro-no-sus-em-2012.html>

1.3. Epidemiologia da Infertilidade e Técnicas de Reprodução Assistida – TRA – no Brasil e no Mundo

De acordo com o *Report of a meeting on “Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction”*²², da Organização Mundial de Saúde – OMS, comumente se aceita a informação de que a infertilidade afeta mais de 80 milhões de pessoas no mundo e que, desde 1978, aproximadamente um milhão de bebês têm nascido no mundo como resultado de Técnica de Reprodução Assistida - TRA.

Algumas informações ainda consideradas recentes, advindas do estudo *World Collaborative Report on Assisted Reproductive Technology* publicado em 2009 pelo jornal europeu de medicina reprodutiva *Human Reproduction*²³, indicam que a TRA é responsável por um número estimado de 219,000 a 246,000 bebês nascidos a cada ano ao redor do mundo e, entre outras informações, que o número de procedimentos de TRA tem tido um crescimento estável, pois em apenas três anos (de 2000 a 2002) o aumento das atividades de TRA aumentou mais que 25%.

A Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (ASRM) informa que aproximadamente 6,1 milhões de casais norte-americanos – cerca de 10% da população em idade reprodutiva – apresentam problemas relacionados à fertilidade. No Brasil, o Ministério da Saúde – MS²⁴ estima que mais de 278 mil²⁵ casais tenham dificuldade para gerar um filho em algum momento de sua vida fértil.

²²Trata-se de um relatório divulgado em 2002, resultante de um fórum que aconteceu no ano de 2001 na Suíça, organizado para promover uma discussão interdisciplinar entre médicos/as, embriologistas, cientistas sociais, eticistas e representantes de consumidores, com o objetivo de “(a) examinar e acessar os recentes desenvolvimentos em TRA; (b) Identificar questões não resolvidas desse campo; e (c) fornecer recomendações para pesquisas futuras”. Tal relatório é o mais completo material relativo à TRA divulgado pela OMS (levantamento realizado até 04 de novembro de 2011), sendo que a publicação mais recente se trata do “Glossário revisado das técnicas de Reprodução Assistida” publicado em 2009 em parceria com o Comitê Internacional para Monitoração da Tecnologia Reprodutiva Assistida (ICMART) e Organização Mundial da Saúde (OMS). <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241590300.pdf> [acesso em 28/04/2009].

²³ *Human Reproduction* é, segundo sua própria definição, um jornal mensal da Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)), e é publicada pelo Oxford Journals, uma divisão do Oxford University Press. <http://www.oxfordjournals.org/eshre/press-release/freepdf/dep098.pdf> [28/04/2009].

²⁴[http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=832]
[<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-da-mulher/planejamento-familiar>]
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=33889]
[acesso às páginas em 26/10/2011].

²⁵ DUARTE & TSO, 2010 entendem que esse número pode estar subnotificado.

Nesse sentido, o governo brasileiro, através do MS, instituiu a Política de Atenção integral em Reprodução Humana Assistida (Portaria nº 426/GM de 22/03/2005) para os casais diagnosticados como inférteis, ou seja, que não conseguiram engravidar após um ano de relações sexuais sem o uso de contraceptivo. A infertilidade definida de tal forma, ou seja, como ausência de gravidez após um ano de relações sexuais freqüentes sem o uso de método contraceptivo e a esterilidade como a incapacidade absoluta de engravidar, segue as diretrizes da ASRM, cuja definição, segundo DUARTE & TSO (2010, p. 2), tem sido adotada pela maioria dos centros de reprodução assistida e se baseia nas observações clínicas de que 90% dos casais conseguem engravidar após 12 meses de tentativa.

Outra definição de fertilidade e esterilidade parte da Federação Internacional de Obstetrícia e Ginecologia (FIGO), que considera infértil o casal que não consegue levar a gravidez a termo e, como estéril, o casal que não consegue obter gravidez após dois anos de relações sexuais freqüentes sem uso de método contraceptivo. Infértil ou estéril, e em que pese o fato de que a infertilidade não é exatamente um problema físico ou ameace, em si mesma, a vida (vide Tratado de Reprodução Assistida – SBRH, 2010), a impossibilidade da gravidez tem deflagrado problemas emocionais, psíquicos e sociais e as razões têm sido comumente justificadas pela compreensão de que o ato de procriar é um dos objetivos e desejos do ser humano (Ibid, 2010, p.1).

1.4. Causas da Infertilidade

De acordo com o *Tratado de Reprodução Assistida* (SBRH, 2010, p. 2), os fatores causais de infertilidade podem ser divididos em: fator masculino (35%), tuboperitoneal/endometriose (35%), ovariano (15%), infertilidade sem causa aparente (ISCA) (10%) e outros (5%).

O fator peritoneal consta de endometriose, infecções do trato vaginal e outros processos infecciosos. O fator ovariano ou aspectos que interferem na ovulação são caracterizados pela síndrome dos ovários policísticos (SOP), pela endometriose ovariana, pela obesidade, pela idade, por outras doenças, tais como

endocrinopatias, doenças auto-imunes (como alergia aos espermatozoides, diagnosticada como incompatibilidade imunológica), e doenças genéticas, por fatores comportamentais, tais como alimentação, tabagismo e uso álcool, e por fatores ambientais, tais como exposição a pesticidas, solventes, gases anestésicos e radiação ionizante. Por fim, as malformações uterinas, miomas, pólipos, cicatrizes (sinéquias do útero ou síndrome de Asherman, em geral resultante de raspagens uterinas agressivas), e endometrites encerram os fatores femininos de infertilidade atrelados aos fatores uterinos, segundo a SBRH.

No mais, também são fatores femininos de infertilidade: obstrução nas trompas de falópio (que não são reversíveis por tratamento cirúrgico; sequelas de DSTs (em especial a clamídia); distúrbios emocionais, disfunção tireoideana, mudanças bruscas de peso, amenorreia, cistos, tumores ovarianos, tumores pélvicos; estreitamento do colo do útero; perda cirúrgica de ovários, histerectomia e atrofia de útero ou das trompas, além de arrependimento de laqueadura de trompas que, segundo ABDELMASSIH (2001, p. 16), atinge 15% a 25% das esterilizadas.

Quanto aos fatores masculinos - que participam como fator causal, isolado ou associado, em metade dos casos de infertilidade - estes estão relacionados com doenças, tais como varicocele, infecções geniturinárias, doenças sistêmicas e genéticas e a obesidade. Fatores ambientais relacionados à exposição dos homens a poluentes e agrotóxicos, bem como a idade e o hábito do tabagismo, influenciam as alterações espermáticas.

O relatório da Organização Mundial de Saúde – Current practices and controversies in Assisted Reproduction (2002, p. 16), considera, em bases comparativas, a infertilidade primária (relativa aos casos de casais que nunca engravidaram) e a secundária (quando já houve gestação anterior) de acordo com regiões – África, Ásia, América Latina e nações desenvolvidas, e conclui que a África registra algumas das mais altas taxas de infertilidade do mundo, principalmente aquela que é conhecida como infertilidade secundária. Esta infertilidade secundária seria causada frequentemente pelas doenças sexualmente transmissíveis ou infecções do trato reprodutivo e atingiria de modo especialmente

problemático, como já dito, a África e também a América Latina. No caso da Ásia, ainda segundo o relatório da OMS, analisar a infertilidade nesse continente seria complicado por sua diversidade cultural, étnica, e religiosa e, ainda, porque, na Índia, acompanhada pela África, a infertilidade seria uma questão menos importante, política e economicamente, do que o problema da superpopulação. Outro ponto destacado pelo referido relatório é que as taxas de infertilidade nos países em desenvolvimento seriam subestimadas pelas próprias limitações dos estudos demográficos que dispunham apenas de indicadores de infertilidade primária e um impreciso indicador de infertilidade secundária. Mais que isso, para os/as autores/as do relatório, as divergentes compreensões de maternidade ou estigmatização grave associada com dados enviesados de infertilidade criariam a subcategoria de *infertilidade oculta (hidden infertility)*, possivelmente articulada à omissão dos casais que não se assumem inférteis pelo temor de estigmatização social ou demais consequências decorrentes da infertilidade.

1.5. Consequências da Infertilidade

Para DAAR & MERALI (2002, p. 17), a infertilidade em países em desenvolvimento toca em complexos e distintos problemas daqueles já conhecidos das nações desenvolvidas, quais sejam, culpa, medo, depressão, estresse econômico e sentimento de impotência. Para esses/as autores/as, enquanto a relevância e a necessidade por TRA podem ser facilmente estabelecidas em determinados contextos nacionais, em países em desenvolvimento muitos têm sido os desafios a serem superados. Dentre tais desafios, os/as autores apresentam e se contrapõem a, pelo menos, dois: um que entende que, mais que a infertilidade, o problema da superpopulação, deve ser o foco do planejamento familiar dos países em desenvolvimento e, segundo, que dado o alto custo das TRA em relação aos recursos locais, outras necessidades mais prementes deveriam ser priorizadas. Nesse sentido, a defesa de DAAR & MERALI (Ibid, p. 15) está em que, se levado em consideração o sofrimento que resulta da infertilidade, as críticas ao uso de TRA em países em desenvolvimento podem ser refutadas.

Segundo eles/as, e como pode ser demonstrado a partir da **figura 2** a seguir, “as consequências da infertilidade em países em desenvolvimento levam a severas privações econômicas, isolamento social, homicídios e suicídios”, isso porque, em muitas comunidades, homens e mulheres inférteis são excluídos por serem considerados mal-afortunados ou fonte do diabo, tornando-se objeto de humilhação pública e vergonha.

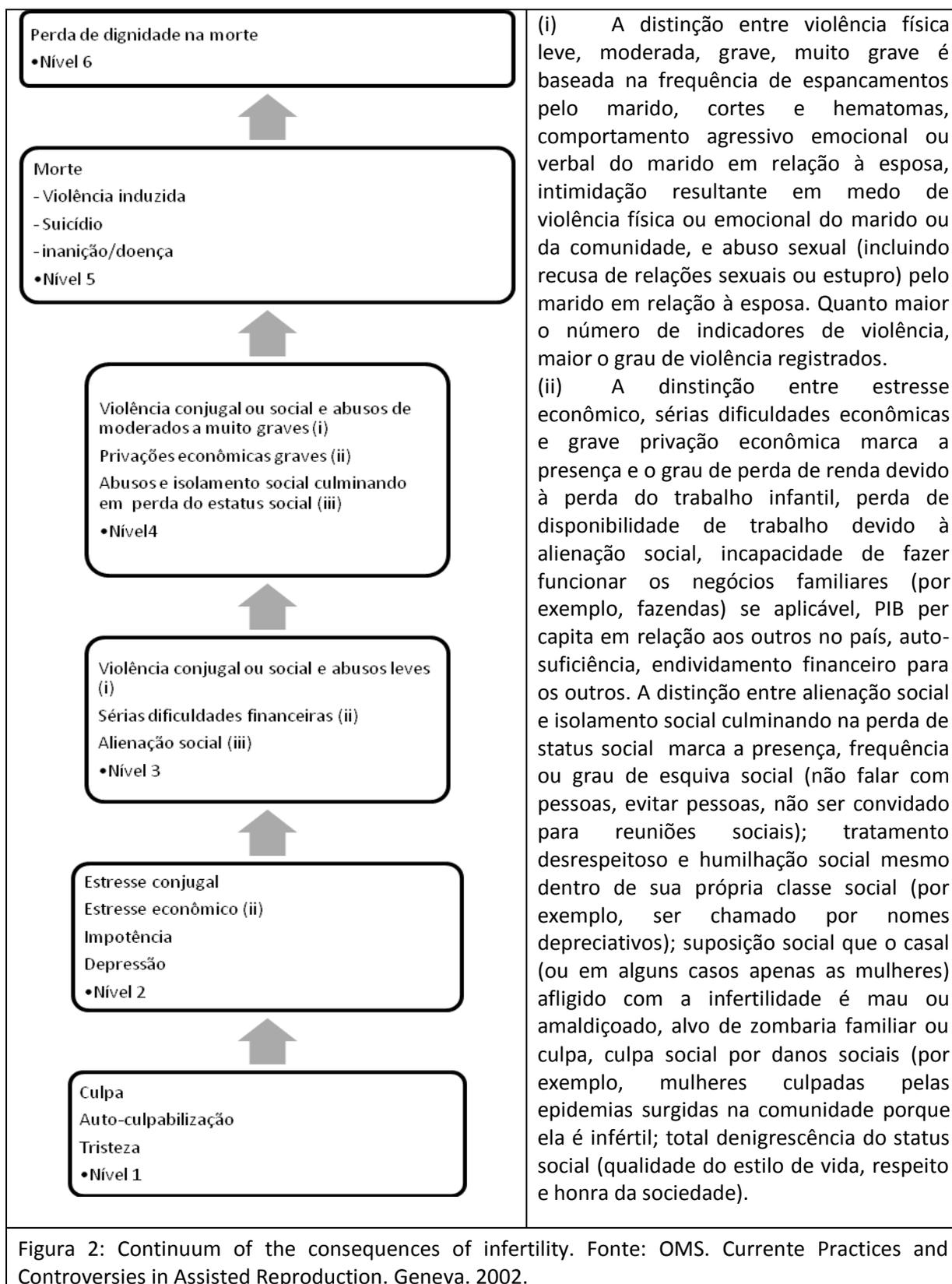
Para as mulheres, a infertilidade pode gerar uma vida de ameaças físicas, bem como de violência psicológica como descrito abaixo:

Mulheres sem crianças são geralmente culpadas por sua infertilidade, a despeito do fato de que os fatores masculinos contribuem com, pelo menos, metade dos casos de infertilidade ao redor do mundo. Em países em desenvolvimento, especialmente, a maternidade é com frequência o único caminho para uma mulher ascender em sua família e na comunidade [...]. Um estudo de infertilidade em Andhra Pradesh, Índia, relatou que aproximadamente 70% das mulheres que experienciaram a infertilidade poderiam ser punidas por sua “falha” através de violência física. Aproximadamente 20% das mulheres relataram que seus maridos usavam de violência grave como resultado da ausência de criança DAAR & MERALI, 2002, p. 15).

O esquema a seguir, foi divulgado no relatório produzido pela OMS, “Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction”, e teve por objetivo categorizar os danos causados pela infertilidade e demonstrar a crescente gravidade do sofrimento social como problema de saúde pública.

Embora pouco tenha sido dito ou explorado a esse respeito, o problema da infertilidade tem suscitado preocupações que estão para além de corações e mentes angustiados, acessando fortemente campos políticos e econômicos determinados e justificados, em certa medida e entre outras coisas, nas estratégias ligadas à necessidade e às vantagens de um amplo mercado interno (no que diz respeito à política econômica dos Estados Nacionais) e, em outros contextos, de ocupação territorial para defesa da integridade do país. Ademais,

o Royal College of Obstetricians and Gynecologists e a British Infertility Counselling Association, com base nos estudos de especialistas em infertilidade e psicólogos, mostram que a infertilidade está relacionada com a baixa produtividade e a perda de reservas para o país (DUARTE FILHO & TSO, 2010, p. 1).



Mais que isso, diz DAAR & MERALI (2002, p. 16) que, no contexto dos países em desenvolvimento, a infertilidade está para além da perda do potencial humano e auto-realização, e que a infertilidade transforma um problema de saúde potencialmente privado e individualizado em sofrimento social. Isso aconteceria porque, interagindo com uma complexa rede de relações, expectativas e necessidades sociais, teria o potencial de interromper a paz, exacerbar a pobreza e devastar comunidades. No caso do Brasil, os dados não mostram, ao menos minimamente, uma relação positiva direta entre a necessidade de filhos e a exploração da mão-de-obra infantil, por exemplo, para a geração de economia familiar ou comunitária. A partir das informações coletadas para esta tese, mesmo entre os casais de baixa renda, a necessidade de filhos esteve relacionada, principalmente, à satisfação de necessidades mais privadas que públicas ou materiais.

Problema de ordem privada e/ou pública, o fato é que, segundo relatório da OMS (2002), o nascimento do bebê resultante de FIV em 1978 foi um marco da medicina amplamente divulgado e dotado de controvérsias que não a impediram de tornar-se, entre outros procedimentos complexos e sofisticados do campo da biomedicina, “uma rotina e uma técnica amplamente aceita no tratamento da infertilidade” (Ibid, 2002, p.XV).

Entre as controvérsias referidas estiveram, por exemplo, que em 1979, uma comissão se reuniu nos Estados Unidos para falar dos riscos e dos problemas em relação à pesquisa ligada à FIV e chegou à conclusão de que, entre outras coisas, houve pouca experiência feita em animais antes que pudesse, efetivamente, ser aplicada nas mulheres.

Antes de adentrarmos nas controvérsias – que deverão ser trabalhadas mais detidamente a partir do segundo capítulo-, faz-se condição compreender o caminho trilhado pelas mulheres até que cheguem à FIV, mas também o conhecimento das técnicas em suas descrições básicas como pressuposto para a compreensão tanto do panorama das TRA no mundo, quanto da difusão da FIVeTE/ ICSI enquanto TRA de grande inserção da vida reprodutiva moderna.

1.6. Trajetória até a FIV

Consideramos neste tópico que, em geral, um longo percurso já tem sido trilhado pela mulher e, em casos mais raros, também pelos homens, até que cheguem à FIV. Em outras palavras, muitas outras técnicas – exames, cirurgias, medicamentos – com recorrência já compõem uma rotina que, por diferentes ou semelhantes motivos, acabam por culminar na FIV.

Durante a caminhada que, no caso das mulheres atendidas pelo serviço de reprodução assistida financiada do SUS em Recife, tem durado em torno de dois anos²⁶ (podendo ser até cinco a depender de uma série de fatores, tais como: fila de espera, prioridades, ou seja, mulheres mais velhas ou mulheres jovens com problemas mais severos, pareceres do setor de psicologia, entre outros), muitas são as orientações, “controles”, exames e cirurgias vivenciadas por elas, até que se chegue à FIV.

O coito programado ou *sexo cronometrado*, e o exame denominado *histerosalpingografia* (figura 3) são pelo menos dois dos muitos processos aos quais estão submetidas as mulheres (no primeiro caso também os homens) antes que cheguem à indicação de uma FIV por especialista. A histerosalpingografia é um exame de raio-x do útero e das trompas uterinas que utiliza contraste iodado injetado no interior do útero através de uma cânula e que serve para diagnosticar malformações, doenças da cavidade uterina e do interior das trompas. Em decorrência da pressão que o iodo exerce no útero, esse exame acaba por também se configurar como recurso através do qual alguma obstrução menos complexa possa ser “resolvida”, o que, no mínimo, causa desconforto quando do uso da anestesia raque ou, no máximo, dores intensas que podem levar à perda de consciência, como relatado abaixo:

Eu cheguei a fazer outras histerosalpingografias, cinco vezes...porque eu fui mudando de médico até chegar nessa última que me falou isso [sobre o seu caso ser só através de uma FIV ou de um milagre] [...]. ...porque quando eles iam injetando o

²⁶Dois anos é o tempo relativo ao período em que as mulheres/casais são encaminhados/as para o setor de RA. Antes disso, o tempo de tentativas pode se estender por volta de 16 anos (ou mais), como relatado por uma das entrevistadas.

líquido, que ele tinha passagem, ele ia, quando não, ele ia forçando; a última que eu fiz eu senti muita dor, desmaiei. Meu marido precisou me levar para a emergência. Maria [destaques meus]

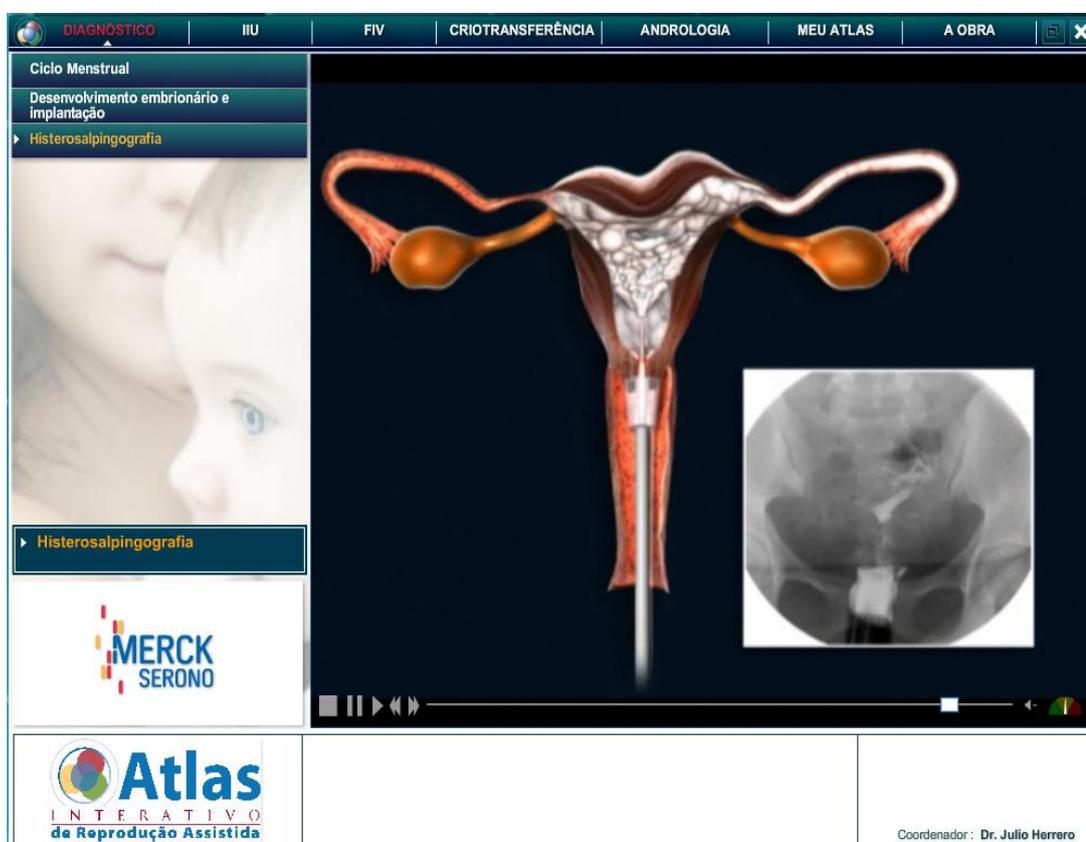


Figura 3 – Procedimento de Histerosalpingografia

Tal exame de difícil nome é precedido, bem como outros exames e cirurgias, pelo *coito programado* ou *sexo cronometrado* ou *procriativo*, este que é um procedimento primário da investigação da infertilidade por vias naturais ou sexuais.

Se a dificuldade da histerosalpingografia está em que, uma vez que o corpo sente (e sofre) quando o contraste é injetado com a maior pressão possível, de forma a que todo o corpo da trompa possa ser investigado, no caso do coito programado, a dificuldade está em tornar ‘natural’ um momento planejado, calculado, monitorado.

Aí começou a fazer por horas, três vezes, quatro vezes ao dia, aí mexeu muito com a mente da gente, porque se tornou mais uma obrigação. Xxx(nome do marido) vinha almoçar em casa, e era

aquele 'auê', e fomos trabalhando assim, muito em cima, muito em cima. Foi um ano nessa busca, não conseguimos nada. (Clara).

Como nos fala Tamanini (2003, p. 125)

esses casais submeteram-se durante anos a um rigoroso controle, tanto sobre sua vida sexual quanto sobre a produção de gametas e hormônios. Foram submetidos ao rigor do uso das medicações e do sexo procriativo. Alguns exames exigiram abstinência sexual total ou cronometrada por meio de horários e calendários específicos. As mulheres, em particular, submeteram-se ao controle laboratorial, ao controle da ovulação e menstruação, às medições de temperatura diária.

Uma vez que o sexo cronometrado não resulte em gravidez, que a histerosalpingografia não surta efeito nas trompas, que a inseminação artificial não contorne os limites do corpo e a FIV seja tomada como a única esperança ao fim de uma cadeia de tentativas, ter a fertilização fora do corpo e dentro de vidro passa a ser apenas um detalhe – em alguns casos - quando a gravidez no corpo de uma outra mulher é tomada como possibilidade. Quando isso acontece é o *útero de substituição* ou *doação temporária do útero*²⁷ (no caso do útero “emprestado” ser de parente próximo²⁸) ou *barriga de aluguel* (quando há aspectos comerciais

²⁷ Ao passo que no Brasil, de acordo com a resolução nº 1.957/10 do Conselho Federal de Medicina – CFM, o útero de substituição não pode ter caráter lucrativo ou comercial e “as doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau, e os demais casos sejam sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina”, na Índia, na Ucrânia e em alguns estados americanos o comércio da gestação seria legalizado.

²⁸ Em nome de trocas simbólicas de afeto, têm acontecido com recorrência alguns dos casos em que as avós são as protagonistas de gravidezes propiciadas pela FIV em nome de suas filhas, está na seguinte matéria: *Avó empresta útero e dá à luz a própria neta.* “A mãe mora na Itália e acompanhou a gestação da própria filha pela internet. Enquanto isso, o bebê crescia no útero da avó, no Brasil. Ontem, nasceu Alice, a protagonista dessa história que mais parece filme de ficção. A menina foi gerada pela avó, Eunice Martins, 59 anos, de Franca (SP), porque a mãe, a esteticista Talita Cristina Andrade, 32, não tem útero. A gravidez aconteceu na terceira fertilização *in vitro*, feita em uma clínica em Ribeirão Preto (SP). Na primeira, o tratamento falhou e, na segunda, Eunice perdeu os bebês – eram gêmeos. No processo de fertilização, os óvulos de Talita (ela tem os ovários) foram fecundados com os espermatozoides do marido, o italiano Guido Damiano. Depois, os embriões foram transferidos para o útero da avó. O procedimento é chamado de útero de substituição. O Conselho Federal de Medicina só permite que ele seja feito entre parentes até segundo grau (mãe, irmã, tia), desde que exista um problema médico que impeça a gestação da mulher e não tenha caráter comercial. Talita e o marido chegaram ao Brasil nesta semana para acompanhar o parto. ‘Até agora não acredito. No meu país não tem algo assim’, disse Damiano. Talita está tomando hormônios para estimular a produção de leite e poder, assim, amamentar a filha. ‘Só uma mãe faz isso. Minha mãe me deu a vida duas vezes’, afirmou. ‘É um bebê muito esperado, vai chegar com uma história linda. Um amor, uma felicidade do tamanho do mundo’, diz Eunice. Alice nasceu às 11h32 de ontem, por cesariana, com 2,285 kg e 45 cm, na Maternidade

envolvidos) e não a FIV em si (ou no corpo da mulher que busca a gravidez e o filho), o fim de uma cadeia de tentativas ou a “última página do livro na vida”²⁹ de mulheres que buscam “sua” gravidez ou a possibilidade disso em outra mulher para ter sua própria criança.

1.7. FIV – Etapa por Etapa do Ciclo

Segundo o glossário revisado da terminologia das técnicas de Reprodução Assistida do ICMART, as TRAs dizem respeito a

todos os tratamentos ou procedimentos que incluem a manipulação *in vitro* tanto dos oócitos humanos quanto dos espermatozóides, ou embriões, com o propósito de se estabelecer uma gravidez. Inclui, mas não está limitado à fertilização *in vitro* com transferência de embriões, à transferência intratubária de gametas, à transferência intratubária de zigotos, à transferência intratubária de embriões, à criopreservação de gametas e embriões, à doação de oócitos e embriões e à cessão temporária de útero (*surrogacy*). TRA não inclui inseminação assistida (inseminação artificial) utilizando espermatozóides, sejam do parceiro da mulher ou de um doador (OMS, 2009, p. 13).

Em geral, como já pontuado, os procedimentos de RA são exames ou procedimentos preparatórios para TRAs mais complexas, a exemplo da FIV. Em que pese o fato de que através das falas de algumas entrevistadas, e mesmo das descrições por especialistas (como se pode observar na fala abaixo), a FIV detenha a conotação de simplicidade relativa aos seus procedimentos, esta é considerada uma técnica de alta complexidade que se efetiva em etapas ocorridas

Sinhá Junqueira, em Ribeirão. A gestação estava na 36ª semana, e o parto foi antecipado em 15 dias a pedido de Eunice, que é mãe de outros dois filhos, além de Talita. ‘Ela estava sentindo muitas dores na perna. Por haver risco de edema ou trombose, decidimos antecipar o parto’, diz o ginecologista e obstetra Fernando Marcos Gomes. Segundo ele, por se tratar de gravidez de alto risco, em razão da idade avançada para a maternidade, Eunice passou por uma minuciosa avaliação, com exames cardiovasculares e hemodinâmicos, antes do tratamento. ‘Ela tem ótima saúde. A gravidez transcorreu normalmente’, disse. Avó e neta passam bem e devem ter alta até sábado. Os pais planejam voltar à Itália com a filha em um mês. Um caso semelhante ocorreu no Recife. Em setembro de 2007, Rosinete Serrão, 51, deu à luz dois netos, porque sua filha, Cláudia Michelle, 27, não podia engravidar. http://ne10.uol.com.br/canal/cotidiano/nacional/noticia/2010/09/29/avo-empresta-utero-e-da-a-luz-a-propria-neta-238024.php?utm_source=twitterfeed&utm_medium=twitter - Avó empresta útero e dá à luz a própria neta. Publicado em 29.09.2010, às 07h47 - Jornal do Commercio.

²⁹ Expressão de Nina

dentro e fora do corpo da mulher, configurando o que comumente se conhece como **ciclo da FIV**.

O tratamento é um tratamento que, na grande maioria, é muito simples. As pacientes usam oito dias de injeções subcutâneas e produz uma quantidade de folículos. Os folículos são aspirados e são vistos os óvulos, são fertilizados, são transferidos... a dor do tratamento é muito pouco. A paciente para fazer a aspiração, ela toma uma analgesia de três, quatro, cinco minutos. E as injeções são subcutâneas, são indolores. Então, fisicamente, as pacientes não têm tantos problemas. [médico 1]

Aos poucos e por partes, começaremos pela primeira fase do ciclo da FIV que, após longos processos de investigação e, não raro, procedimentos cirúrgicos, caracteriza-se pela estimulação da ovulação. Nessa etapa são aplicadas injeções de hormônios nas regiões da barriga e glúteos, a fim de induzir a ovulação e estimular o crescimento dos folículos.



Figura 4 - Protocolo longo de estimulação ovariana

Primeira etapa – estimulação ovariana - Nesta primeira etapa, como pode ser observado na figura 4, acima, no *protocolo da estimulação ovariana*³⁰ há um bloqueio e esse bloqueio diz respeito ao cérebro ou mais propriamente à paralisação das funções da hipófise, uma das principais glândulas do sistema nervoso, que passa a ser controlada pelas gonadotrofinas puras ou recombinantes, que são hormônios humanos (obtidos através da urina de mulheres menopáusicas) ou geneticamente modificados (pela inserção dos gens que codificam a produção desse hormônio em ratas e fazem-nas produzir gonadotrofina humana), cuja ação (ministrado via intramuscular) imita a produzida pelo cérebro para induzir o crescimento do folículo num ciclo natural (ROTANIA, 2001, p. 85).

As injeções de hormônios são aplicadas na barriga e glúteos a fim de induzir a ovulação, no entanto, doses elevadas das drogas indutoras da ovulação podem levar à estimulação excessiva dos ovários - e, além disso, como nos diz REIS (2006, p.84), os efeitos a médio e longo prazo da administração de hormônios humanos produzidos por *hamster*, feitos através de engenharia genética, nunca são mencionados e são pouco acompanhados³¹. Embora haja essa referência a tal

³⁰ Muitos protocolos de estimulação controlada da ovulação foram propostos, o mais utilizado é o bloqueio hipofisário seguido de estimulação ovariana com doses decrescentes de gonadotrofinas (Down regulation). Para o bloqueio do eixo, utilizam-se as agonistas do GnRH (GnRHa), o que provoca um bloqueio hormonal seletivo na secreção de FSH e LH pela hipófise. O protocolo mais utilizado é o protocolo longo com a administração de GnRHa iniciada na fase lútea do ciclo prévio ao tratamento, durante um período de 14 dias. A presença do bloqueio é identificada pela ausência de cistos ovarianos e pela baixa dosagem de Estradiol (E2) plasmático (<30 pg/ml). Uma vez instalado o bloqueio, mantém-se a administração do GnRHa para manutenção e inicia-se a estimulação direta dos ovários com o uso de gonadotrofinas associadas (hMG), as puras (FSHp, FSH-HP, FSHr), ou uma combinação das duas (hMG + FSH). A dose inicial depende da idade da paciente e dos seus níveis hormonais de FSH naturais. A dose pode variar de 75 a 600 U.I. por dia. O ajuste da dose pode ser feito de maneira progressiva (Step-up), ou regressiva (Step-down). Durante a estimulação, o ciclo é controlado diariamente utilizando dosagens séricas de E2 e USTV. A avaliação do desenvolvimento folicular é feita pela medição do diâmetro médio do folículo. Quando pelo menos dois folículos atingem um diâmetro > de 18-20 mm administra-se o hCG (10.000 U.I. IM) e 34 horas após realiza-se a coleta dos óvulos³⁰. [grifos meus].

³¹ Em 1960, Gemzell e cols. relataram a primeira gestação com FSH humano extraído das glândulas pituitárias. Posteriormente, as gonadotrofinas foram retiradas da urina de mulheres na pós-menopausa (gonadotrofina menopausal humana, hMG), nessa preparação existe uma mistura de doses equivalentes de FSH e LH. Em 1980, surgiu uma nova preparação farmacêutica de FSH-urinário, porém com atividade mínima de LH (Metrodin, Serono). Posteriormente, foi usada para a estimulação ovariana na doença dos ovários policísticos (Flamigni, 1980), e nos programas de fertilização "in vitro" (FIV) para a produção de múltiplos folículos (Shaw et cols., 1985). Em 1993, com uma nova metodologia de extração do FSH urinário, obteve-se o chamado FSH-HP (Metrodin HP), ou seja, o hormônio folículo estimulante altamente purificado (Le Cotonnet e cols., 1993). Em 1994, Wikland e cols. apresentaram taxas de parto por punção superiores a 30% com o emprego de

síndrome de hiperestimulação ovariana “que acontece de forma “branda” em 35% das mulheres e de forma grave em cerca de 5 a 8%” (REIS, 2009, p. 57), tanto nos termos de consentimento, quanto nos sites pesquisados, não havia uma maior especificação do que seria tal síndrome.

Em todo caso, tecnicamente é importante considerar os efeitos decorrentes dos hormônios utilizados na primeira etapa da estimulação. Nesse sentido, a médica feminista Ana Reis expõe a seguinte informação:

Os óvulos, como sabemos, não são gerados em laboratórios nem no abstrato conceito de pátrias. São obtidos pela invasão do corpo das mulheres através da aplicação de altas doses de vários hormônios, desde os que vão paralisar a hipófise até os que vão estimular a ovulação. Estes últimos podem no curto prazo ocasionar a síndrome da hiperestimulação ovariana, uma série de complicações potencialmente graves caracterizadas pela formação de múltiplos cistos ovarianos, associada ao aumento da permeabilidade capilar, que traz, como consequência, formação de ascite abdominal, náuseas, vômito, diarreia. Nos casos mais severos, sobrevêm a hipovolemia, oligúria e fenômenos tromboembólicos. Traduzindo, significa que os vasos deixam passar líquido através de suas paredes, acumulando-se esse líquido na barriga, no tórax, podendo chegar à insuficiência dos rins, ao choque e até à morte. Os ovários crescem anormalmente, podendo se torcer, o que exige cirurgia. (REIS, 2006, p. 83)

Uma vez que o monitoramento do crescimento dos folículos ovarianos, através da ultrassonografia transvaginal, sinaliza que os folículos já podem ser considerados maduros (atingiram 18mm), é aplicada uma injeção de HCG (Gonadotrofina Coriônica Humana), hormônio que marca a maturação final dos óvulos e a partir de então se define o momento da coleta, que é a segunda etapa da FIV.

Segunda etapa – coleta dos folículos (punção) e espermatozoides - É preciso dizer que nesse momento da coleta as mulheres querem ter o maior número de folículos possível (pelo menos aquelas que foram acompanhadas e

FSH-HP em programas de FIV. Recentemente, com a tecnologia do DNA recombinante, foi possível produzir FSH humano para emprego terapêutico sem necessidade de extração de fluidos humanos (Loumaye et cols., 1995). Diferenças entre as preparações de FSH usadas na prática diária; Preparação Fonte FSH UI/ampola Atividade LH UI/ampola Atividade específica FSH Atividade proteínas humanas Não-FSH. Fonte: REDE. http://www.redlara.com/aa_portugues/database_livros_detalhes2.asp?cadastroid=79 [Acesso: 21/12/2011].

entrevistadas) e, ainda, que se sentem menos seguras, quanto à segunda etapa da FIV, quando sabedoras de que a “vizinha de sala de espera” produziu 18, 19 ou 30 folículos e elas desenvolveram menos que isso. A ansiedade faz dessas mulheres corpos completamente vulneráveis a todos os tipos de intervenção e aqui ênfase: completamente.

Em treze entrevistas realizadas, apenas uma mulher, Amy – justamente aquela que se ofereceu em falar de sua própria experiência (as demais não se ofereceram, foram convidadas) – negou-se a passar por todos os processos que, segundo ela mesma, e olhando para a situação anos depois, teriam sido indignos e vivenciados por circunstâncias pouco refletidas, quase como, ainda de acordo com suas próprias palavras, uma espécie de loucura. Seguindo adiante com a descrição da segunda fase,

A coleta dos óvulos é realizada por via transvaginal, sob orientação ecográfica. Após cuidadosa antissepsia vaginal, faz-se uma **sedação leve** usando um sedativo de ação ultracurta (Propofol). Com a paciente anestesiada, dá-se início à punção. Após a aspiração de todos os folículos retira-se o transdutor e a agulha, procedendo, a seguir, uma revisão cuidadosa do fundo de saco, evitando-se hemorragias (ABDELMASSIH, 2001, p. 17). (destaques meus).

Aludindo aos destaques acima, e a partir das observações registradas etnograficamente, é importante considerar que a sedação leve, ou a quantidade aplicada referida acima na descrição do procedimento, dependerá da quantidade de folículos que o organismo da mulher tenha produzido, ou seja, para que haja compatibilidade entre o tempo da sedação e o tempo da retirada de folículos, observa-se o comportamento das mulheres que, mesmo sedadas (a partir de anestesia geral), sentem, com o passar do tempo, a diminuição do efeito da anestesia. De acordo com o que pôde ser registrado a partir dos três casos acompanhados do setor de RA do IMIP, na medida em que o organismo da mulher responde melhor à estimulação, ou seja, produz mais folículos a serem puncionados, maior será a probabilidade de que demande corporalmente reforço na sedação.

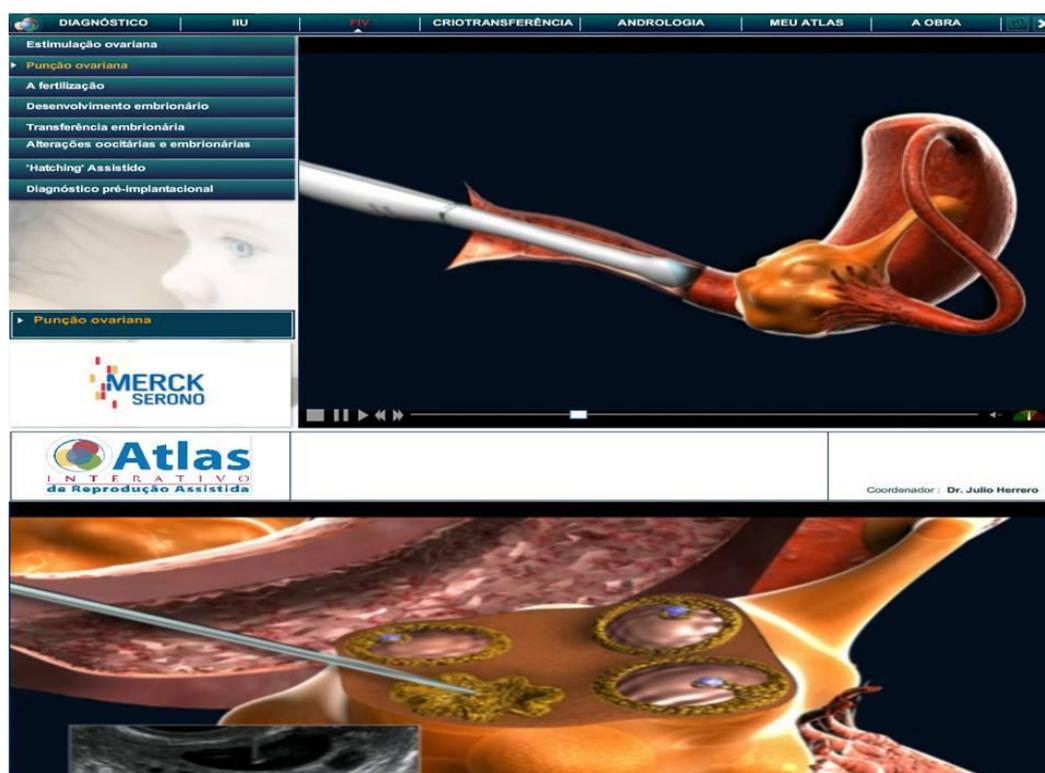


Figura 5 - punção ovariana

O que foi dito, bem como o que será registrado nas próximas linhas, relativo ao procedimento de coleta de folículos, não é algo usual nas descrições do procedimento em sites de clínicas especializadas ou artigos científicos. Também não são informações descritas pelas mulheres, uma vez que no momento do procedimento estão sedadas, e foi resultado das observações *in loco* quando do registro etnográfico.

Paralelamente ao momento da punção nas mulheres, os companheiros ou maridos devem obter o sêmen, em geral, por meio de masturbação. Em problemas mais sérios e menos comuns como a azoospermia, por exemplo, que se define como ausência total de espermatozoides no sêmen, este é obtido através da punção testicular ou do epidídimo, que é uma estrutura em forma de C, como pode ser observado na **figura 6**, o qual se prende ao testículo e cuja função é armazenar os espermatozoides.

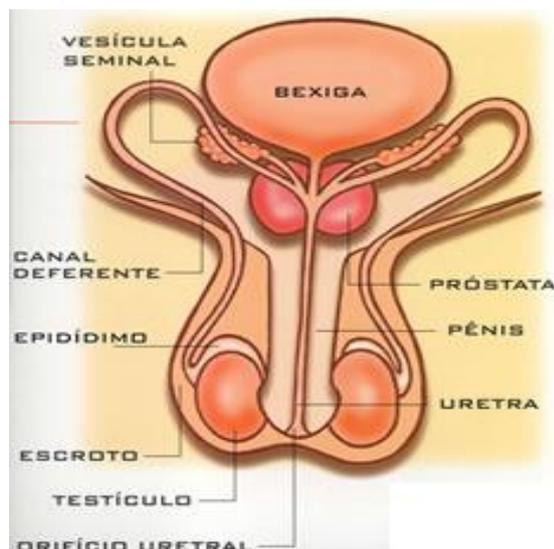


Figura 6 – órgão reprodutor masculino

Terceira etapa – fertilização - Quando folículos e sêmen já foram obtidos inicia-se a terceira etapa da FIV: a manipulação de gametas ou fertilização. É justamente essa etapa que nomeia a técnica em questão: fertilização in vitro. O procedimento é apresentado da seguinte forma:

Os tubos com líquido folicular são recebidos no laboratório e seus conteúdos são colocados em uma pequena placa de Petri estéril plástica. Os óvulos são identificados e classificados quanto à maturidade. Posteriormente, são transferidos para uma placa de Petri contendo meio de cultura previamente preparado e estabilizado, onde permanecem até o momento da fertilização. (ABDELMASSIH, 2001, p. 17).³²

A fertilização pode ocorrer ao modo convencional ou a partir de uma ICSI³³ como apresentado anteriormente. Na primeira forma, coloca-se um óvulo para cada 100 a 150 mil espermatozoides dentro de uma placa de Petri (e não de proveta), que pode ser de plástico ou de vidro e no qual há um meio de cultura específico, cujo objetivo é deixar que os espermatozoides penetrem livremente em

³²Adendo: Em 2001, a revista *Bioética*, publicada pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, divulgou o Simpósio sobre aspectos éticos de Reprodução Assistida e teve entre suas/seus autores-colaboradores Roger Abdelmassih que, hoje sabemos, não poderia ter se debruçado, senão hipocritamente, sobre aspectos éticos da RA. É, portanto, e já problematizando aspectos caros a esta pesquisa (a exemplo da vulnerabilidade consentida das mulheres), o trabalho do referido médico, conhecido como “papa” da RA acerca dos “Aspectos gerais da Reprodução Assistida”.que utilizaremos, entre outros.

³³ Imagem da ICSI: <http://vimeo.com/2472609> [acesso em 23/12/2011].

cada óvulo disponível. No caso da ICSI, o espermatozoide é apanhado por uma microagulha e injetado dentro do óvulo selecionado.

Os embriões produzidos, inicialmente denominados pré-embriões, a partir dos processos da terceira etapa, são selecionados para a transferência e mantidos em uma incubadora até o momento em que serão colocados no útero. Entre os selecionados (que não foram descartados) podem existir excedentes, ou seja, aqueles não utilizados no momento da transferência, e esses deverão ser criopreservados (ou seja, não descartados e congelados) por orientação das resoluções do Conselho Federal de Medicina de 1992 e 2010 que, entre outras coisas, sugerem que o número máximo de embriões transferidos deve ser de até, no máximo, quatro, com o intuito de evitar uma alta taxa de gestações múltiplas.

Entre as mulheres entrevistadas para esta pesquisa e que realizaram procedimento em clínicas privadas, uma delas passou pela experiência de ter tido uma gravidez quádrupla. O fato de ter tido complicações durante a gravidez, e apenas uma criança viva (e com muitas sequelas) no momento da entrevista, certamente deve colocar em xeque a sugestão do CFM quanto ao número máximo de embriões transferidos, afinal, embora seja um único caso, muitas são as evidências científicas que corroboram os riscos das gestações múltiplas, principalmente se estas forem quádruplas e acontecerem num contexto político e jurídico em que não se autoriza a redução embrionária. No mais, não nos deteremos aqui nessa problemática, adiando-a para capítulo posterior.

A quarta etapa da FIV - transferência dos embriões - É feita 48 horas, 72 horas ou 5 dias (transferência de blastocisto) após coleta dos óvulos, sem que a mulher esteja sedada ou anestesiada e precise apenas que a bexiga esteja cheia (para que se possa guiar a transferência pelo ultrassom pélvico). Uma vez preparada a paciente, solicita-se o cateter de transferência, contendo os embriões, ao laboratório de gametas. O cateter deve ser posicionado no interior da cavidade uterina, técnica que parece obter maior sucesso quando acompanhada por ultrassonografia pélvica. Uma vez posicionado o cateter, injetam-se os embriões delicadamente, mantendo-se o êmbolo pressionado durante 40 segundos, até a

retirada do cateter – a manutenção do êmbolo pressionado evita o retorno dos embriões do cateter (ABDELMASSIH, 2001, p. 22).

No centro de RA do IMIP, o companheiro/marido da mulher pode entrar no local do procedimento, acompanhar a transferência por meio da imagem do ultrassom e aguardar junto com ela os 15 ou 20 minutos de repouso necessários após o procedimento. A orientação dada às mulheres é de que permaneçam sem atividade física intensa por mais 24 horas, bem como não realizem viagens dentro desse tempo - o que dificulta a vida de mulheres que moram longe de Recife e precisam repousar em casa de parentes ou conhecidos, ou ainda, alojamentos. Do ponto de vista dos poucos recursos financeiros de algumas mulheres, esse é problema passível de destaque.

A entrevista com Maria, cuja fala sobre alguns dos problemas de morar longe e não ter recursos financeiros está explicitada abaixo, foi realizada um dia após a transferência embrionária. Ela estava hospedada na casa de parentes do marido, num bairro da Região Metropolitana de Recife e voltaria para sua cidade no dia seguinte

... assim, foi uma etapa muito difícil, pois, assim, perseverança... a maioria eu vinha só, no ônibus da prefeitura. Eu saía de casa duas horas da manhã pra sair no ônibus de três horas. Não conseguia dormir à noite, porque eu ficava com medo de passar a hora; de o despertador chamar e eu não escutar. Essa viagem era uma viagem muito difícil, porque ele sai entregando em cada hospital – as pessoas – e de tarde ele sai recolhendo. Então, assim, a minha consulta era uma e meia, eu chegava aqui de cinco e meia, seis horas da manhã, ficava até uma e meia pra hora da consulta. Quando eu era consultada, eu ficava até quatro, cinco e meia esperando o ônibus vir pegar a gente. A partir daí, ele ainda ia pegar o restante, ele saía daqui lá pra seis, sete e meia. Quando chegava em casa era onze da noite. Eu chegava com perna inchada e tudo. Mas eu consegui insistindo [...] Eu consegui enfrentar. Graças a deus, eu consegui enfrentar. (Maria)

Após as 24 horas seguintes à transferência, por orientação dos/as especialistas, as mulheres deveriam realizar suas atividades normais. No entanto, e já no final das entrevistas realizadas, informações foram cruzadas levando à conclusão de que, mesmo sem recomendação médica, três entrevistadas passaram por volta de 15 dias completamente em repouso (quase que imóveis) em

suas camas, utilizando, inclusive, fraldas geriátricas para que realizassem o mínimo de movimentos possíveis até a data da realização do teste de gravidez.

Etapa cinco – teste de gravidez - O teste de gravidez é a etapa ou fase cinco do processo da FIV junto com o suporte da fase lútea, que se trata de um suporte hormonal necessário quando das possíveis falhas hormonais que provocam descamação e sangramento endometrial. Segundo informações obtidas através do site da *Clínica de Fertilidade*³⁴, nessa quinta etapa,

uma vez que os pré-embriões estão dentro da cavidade uterina, o uso de hormônios que auxiliam o fenômeno da implantação (ligação do embrião ao revestimento uterino) é obrigatório. O mais importante deles é a Progesterona. É importante ressaltar que esse hormônio além de auxiliar a implantação por estimular a secreção de substâncias nutrientes ao nível do endométrio que irão nutrir o pré-embrião, é um excelente relaxante uterino, que pode evitar contrações uterinas excessivas nessa fase. A Progesterona na forma de supositórios vaginais (Crinone - 8 mg) duas vezes ao dia, via oral (Utrogestan, Evocanil) 200 mg, quatro vezes ao dia, são os esquemas de administração mais frequentemente utilizados. O "teste de gravidez" ou dosagem de beta (hCG) é feita no sangue 12 dias após a transferência dos pré-embriões, e um valor acima de 30 UI/ml é considerado positivo para gravidez de boa evolução³⁵.

A sexta etapa - verificação da gravidez clínica - É realizada após o que se conhece comumente como teste do beta- hCG – momento que pode ser de alegria, mas também de grande infelicidade, nem sempre subsidiado por uma explicação ou aparato médico, como pode ser constatado no capítulo 4.

Esta sexta etapa foi um momento difícil para duas das três mulheres cujos processos foram acompanhados nesta pesquisa. Uma delas (Elis R.), que estava sendo entrevistada no momento em que seu marido chegou com o resultado negativo do *beta*, dizia ter certeza – assim como outras mulheres entrevistadas - de que estava grávida por todas as sensações que se manifestavam em seu corpo.

Não foi possível, dada a delicadeza da situação, obter uma fala de Elis e seu marido. No entanto, para ilustrar esse momento que não merece perder-se em argumentações técnicas, expõe-se, a seguir, a fala de Amy, que passou por uma

³⁴ A *clínica de fertilidade* é uma das tantas clínicas que disponibilizam, através da internet, informações diversas relativas à fertilização, ginecologia e obstetrícia.

³⁵ http://www.clinicafgo.com.br/fases_fiv_5.html [23/01/2009]

situação semelhante àquela vivida por Elis e seu marido e, cuja entrevista, foi realizada quatro ou cinco anos após a tentativa com FIV (o que possibilitou uma fala mais analítica ou refletida de sua própria experiência).

*Era muito hormônio, era muito ruim a sensação física, e é uma sensação muito perversa, porque você tem todos os hormônios de uma gravidez, então você está grávida fisicamente e psicologicamente, e não está. Então é uma loucura. Então quando você implanta os embriões, você fica doze ou quinze dias naquela expectativa, porque só doze dias depois é que pode fazer o exame para ver se o embrião nidou. Então eu fiquei viajando na maionese...era xxxx(**nome de um possível filho**), xxxx(**nome de outro possível filho**) e xxxx, porque eu sabia o sexo, então já tinha nome, foram três embriões. Aí eram mil e uma fantasias: “estou grávida”, “estou sentindo que mexeram”, era uma loucura, era uma viagem. E era eu e meu marido. Então no dia que saiu o resultado do exame, primeiro, eu não tive apoio nenhum da médica[...] nem para conversar depois, e aquela desilusão que você fica, eu e meu marido só fazíamos chorar. Foi quando meu marido me disse: “você pode querer fazer de novo, eu não entro mais nessa. Isso é indigno. Isso é uma agressão ao ser humano. A gente pode ser pai e mãe de outra forma...(Amy)(grifo meu)*

Para aquelas, cujo resultado seria positivo, “Quinze a vinte dias após a dosagem do beta-hCG positiva é feito um primeiro exame de ultra-som transvaginal para verificar a presença do saco gestacional e do pólo embrionário em desenvolvimento”³⁶. Nesse momento, assegura-se se a gravidez está dentro do útero e se houve a implantação de mais de um embrião, o que significará uma gravidez gemelar.

36

http://www.clinicafgo.com.br/fases_fiv_5.html [23/01/2009]

1.8. Riscos, desconfortos e efeitos colaterais – TRA's e FIV em questão

Em geral, as informações divulgadas acerca da FIV acontecem através das estatísticas de sucesso apresentadas por determinadas clínicas ou por determinados profissionais, sem que o esclarecimento sobre desconfortos e efeitos colaterais seja realizado de modo que as mulheres tenham plena consciência sobre os riscos que correrão durante e até após o processo de fertilização. Mais que isso, segundo Corea (1996), esse foi um campo no qual não houve pesquisas preliminares em primatas, e as experiências (iniciais, mas também atuais) foram realizadas diretamente nas mulheres, não resultando em informações sobre elas, nem em levantamento do número de mortes resultantes de tais programas pioneiros de pesquisa e nem os incidentes e efeitos que poderiam advir a longo prazo. Nos EUA, em 1979, segundo a referida autora, uma comissão promoveu uma audiência pública e chegou à seguinte conclusão:

realmente houve no processo da pesquisa da fertilização *in vitro* pouca experiência feita em animais, isto é, nunca houve um grupo de controle de animais; e eles admitiram a falta dessa fase durante toda pesquisa. [...] O primeiro primata produto de uma fertilização *in vitro* nasceu em 1983, cinco anos depois que um bebê já tinha nascido [...] (COREA, 1996, p. 164)

De acordo com CABAR & ZUGAIB (2010, p. 389), as gestações concebidas com auxílio de TRA apresentam maior risco de complicações obstétricas e perinatais e esse risco é atribuído principalmente às altas taxas de gestações gemelares, ou múltiplas, classificadas por alguns autores como doença obstétrica associada ao aumento da morbimortalidade perinatal; abortos; gestações ectópicas (desenvolvidas fora do útero); prematuridade e baixo peso ao nascimento. No entanto, tais riscos são extensivos às gestações não gemelares após TRA, que apresentam aumento significativo de complicações obstétricas maternas se comparadas às gestações espontâneas. Entre tais complicações estão a diabetes gestacional, placenta prévia, hemorragia anteparto, doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) e, ainda, tendência ao parto cesáreo.

Para os autores supracitados, cujo artigo encontra-se do Tratado de Reprodução Assistida da SBRH, um importante fator que interfere no risco de ocorrência de complicações maternas é a idade da mulher no momento da gestação, ou seja, mulheres com menos de 35 anos, quando comparadas a outras de diferentes faixas etárias, apresentam menores incidências tanto de ameaça de aborto, quanto de efetivo abortamento, de anormalidade cromossômica fetal, de anomalia congênita, de hipertensão na gestação, de diabetes gestacional e, ainda, menor predisposição à ocorrência de parto cesáreo.

Embora não haja consenso entre especialistas sobre o tratamento de FIV como fator deflagrador de câncer (ESHRE, 2003), essa possibilidade não tem sido descartada. No caso explicitado por *O'Keef (1992) através do artigo IVF and Cancer: A personal experience*, haveria uma relação direta entre a doença e os procedimentos de estimulação hormonal.

A Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, por meio do “Consentimentos” – material de referência sobre termo de Consentimentos informados – esclarece acerca de riscos e efeitos secundários da FIV pontuando além das possibilidades de ocorrência de gravidez múltipla e/ou ectópica, os riscos de desenvolvimento de síndrome da hiperestimulação ovariana, torção ovariana, desconfortos em geral, tais como efeitos adversos leves como dor de cabeça, desconforto abdominal, mas também distúrbios de visão, dores de cabeça fortes ou peso acelerado. Outros riscos ou possíveis tipos de complicações no processo da FIV ficam por conta de hemorragias por lesão da parede vaginal, infecção pélvica, sangramento do ovário e lesões das estruturas próximas, como o intestino.

1.9. TRA no Brasil e no Mundo

O *International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology* – ICMART apresenta, a partir da tabela abaixo, a expansão das TRA no mundo e, entre outras informações, que em 2002 a Europa totalizava a maioria dos ciclos de FIV e outras TRA, concentrando os processos desde seus primeiros procedimentos, tanto em contextos de doação ou não doação de oócitos, quanto nos ciclos com embriões congelados ou com Diagnóstico Pré-implantacional – PGD.

Região	Ciclos sem doação					Oócitos doados		Todos números de ciclos			
	Ciclos frescos					Ciclos FET (i)		Ciclos PGD	Ciclos transferência	Estimativa (iii)	Disponibilidade (iv)
	Ciclos Iniciados (ii)	Ciclos de Aspiração				Ciclos descongelados	Ciclos com transferência				Ciclos em milhões
	Total(η)	Total	FIV	ICSI	GIFT	Total	Total	Total	Total	Total	η
Ásia	47 692	44 909	23 558	21 308	43	8394	7539	735	286	115 713	94
Austrália/Nova Zelândia	19 664	17 816	8 149	9479	188	12 302	11 431	673	1059	33 698	1 425
Europa	265 622	241 107	111 140	129 967	NA	57 162	50 264	1067	6030	444 049	692
América Latina	15 278	14 155	3375	10 748	32	1677	1677	0	2215	24 742	52
Oriente Médio	31 485	29 345	1102	13554	5	6283	5330	0	43	69 670	463
América do Norte	91 900	79 894	31 230	48 494	170	16 998	16461	172	12281	132 413	411
NA – Não Avaliado; FET – Transferência de Embriões Congelados (i) Exceto PGD e ciclos de oócitos doados (ii) Relatado nos registros (iii) Estimativa dos ciclos iniciados em todos os países: Passo 1: ciclos no relatório = números relatados por países que os notificaram, ou estimativa pela aplicação de suas taxas de cancelamento (9,4%) aos números de aspiração para os países que não notificaram. Passo 2: Estimativa total de clínicas: total do Passo 1 se 100% dos ciclos notificados, ou estimativa pela aplicação de porcentagens das clínicas participantes do total dos outros países. (iv) Número total estimado de ciclos nos países divididos por sua população em 2002 (CIA World Factbook).											

Tabela 2³⁷ - Ciclos de TRA no mundo por Região - 2002

³⁷ Traduzida e adaptada a partir do *International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology* – ICMART – <http://www.icmartvf.org>
<http://humrep.oxfordjournals.org/content/24/9/2310.full> [acesso em 02/06/2012].
<http://humrep.oxfordjournals.org/content/24/9/2310/T1.expansion.html>. [ver anexo 12].

Ao passo que a **tabela 2** expõe a supremacia europeia relativa aos ciclos de TRA reafirmada, por sua vez, pelas informações da *European Society of Human Reproduction and Embriology* – ESHRE relativos ao ano de 2006 (vide tabela 3), também nos deixa a par, entre outras coisas, que a América Latina possuía os menores registros de ciclos iniciados; segundo, que a FIV convencional seria preterida à FIV/ICSI em todas as regiões, exceto na Ásia; e, terceiro, que os menores números de Transferência Tubária de Gametas – GIFT, em ciclos de Transferências de Embriões Congelados – FET, bem como a ausência de ciclos de PGD, teriam sido registrados no Oriente Médio e na América Latina.

Em que pesem as possibilidades de subnotificações em determinadas regiões (seja pela ausência de representatividade institucional das clínicas de RA, seja pela ausência de maior detalhamento das atividades realizadas por parte das clínicas, ou controle pelo poder público), ao caracterizar numericamente as especificidades das regiões aludidas suspeitamos que muitas podem ser as razões que justificam as disparidades, as ausências ou, mesmo, as semelhanças entre as regiões. Dentre tais razões estariam: nível de desenvolvimento tecnológico, fatores econômicos, políticos, culturais em geral e, ainda, religiosos, como enfatiza a OMS através do Report of a meeting on “Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction”.

A fim de observar as especificidades aludidas, tomamos por referência o Diagnóstico Genético Pré-implantacional, ou PGD, que se trata de um exame que envolve alta tecnologia capaz de identificar anomalias genéticas durante a FIV, mas também o sexo do embrião, possibilitando a seleção de embriões saudáveis ou de sexo específico.

Como pode ser observado na tabela acima, houve registro zero do ciclo de FIV com PGD tanto na América Latina quanto no Oriente Médio, e tal semelhança decorre de interdições que ocorrem por motivos diversos.

Na América Latina, há uma prevalência quanto à aceitação da opinião da Igreja Católica Romana de que a vida humana é iniciada na concepção e que, portanto, ainda que o embrião não seja saudável, não deverá ser descartado. No caso dos países mulçumanos, de acordo com SEROUR (2002, p. 46), a mera

seleção do sexo é, em geral, não aceitável, embora haja uma demanda do uso do PGD por razões sociais (quando o nascimento de filhos homens tem um significado central no bem-estar das mulheres) e restauração do equilíbrio dos sexos na família (quando uma esposa tem três ou quatro filhas).

Do ponto de vista legal ou de registro é como se realmente a prática do PGD não tivesse espaço nessas regiões, no entanto, em que pesem as interdições e os “zeros” dos registros, uma coisa seria o que a religião diz, e outra seria o que as pessoas e as clínicas fazem. Segundo LUNA (2002, p. 34), trata-se de “padrão moral duplo” presente tanto nas barreiras religiosas relativas às TRA e ao PGD (como pode ser constatada a partir da fala abaixo em uma das entrevistas realizadas para essa pesquisa), quanto em relação ao aborto, cujas leis são altamente restritivas e, no entanto, continuam a acontecer de modo ilegal³⁸.

Em que pese essa dupla moral, a pressão religiosa – que não admite a “perda” de embriões -, coadunada aos anseios de elevadas taxas de sucesso por parte da ciência médica, corroboram algumas práticas que, uma vez visibilizadas, passam a ser criticadas e demandam posições éticas diferenciadas como, por exemplo, a quantidade de embriões que devem ser transferidos num procedimento de FIV.

Aí a gente está no consultório, ela olha para a gente e diz: ‘olhe aqui, o fax chegou’, aí puxa o fax e diz: ‘dos nove embriões fertilizados, quatro tinham síndrome. Só vai dar para implantar dois, e um que parece ser gemelar. São todos meninos. (Amy)

Segundo um estudo inglês³⁹ publicado no periódico médico "Lancet", em que foram analisados 124 mil ciclos de fertilização, que resultaram em 33 mil nascimentos, o número maior de embriões não aumenta o sucesso do procedimento e ainda eleva o risco de gestações múltiplas, associadas a complicações. Dessa forma, a recomendação do estudo é que o número de

³⁸ De acordo com relatório da OMS (Organização Mundial da Saúde), de 2005, quatro milhões e 200 mil mulheres se submetem ao aborto anualmente na América Latina e Caribe, e 21% das mortes relacionadas com a gravidez, o parto e o pós-parto, têm como causa as complicações do aborto realizado na clandestinidade. Na Argentina, por exemplo, são realizados entre 350.000 e 500.000 abortos ilegais ao ano e, no Brasil, 31% das gestações são interrompidas, o que representa um número estimado em 1 milhão e 400 mil abortos realizados em condições precárias.

³⁹ http://www.sbra.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=108&Itemid=76 Acesso em 05/05/2012

embriões a ser transferido não deve ultrapassar o número de dois, independente da idade da mulher, ao passo que, no Brasil, a orientação do CFM (que não tem poder de lei), é de que podem ser transferidos até dois embriões para pacientes com até 35 anos, até três para mulheres com idade entre 36 e 39 e até quatro para pacientes com 40 anos ou mais. Atualmente, na Suécia e Bélgica, transfere-se só um embrião em casais com bom prognóstico. No Reino Unido a lei restringe o número de embriões para dois em mulheres de até 40 anos e 3 para mulheres acima dessa idade. Já no EUA, vanguarda das pesquisas de FIV, não há normas restritivas e os médicos têm o poder de definir o número de embriões para cada mulher.

A partir de dados mais recentes, divulgados em 2010 pela *European Society of Human Reproduction and Embriology* – ESHRE relativos ao ano de 2006, tomamos conhecimento de que a Europa continuava a liderar os números de ciclos de TRA com a porcentagem de 54% de todos os ciclos realizados até aquele momento, em comparação aos EUA, Austrália e Nova Zelândia.

Europa – 32 países europeus	EUA	Austrália e Nova Zelândia	América Latina* – 12 países
458,759	138,198	53,543	29,763
Tabela 3 - Ciclos de TRA no mundo por regiões – 2006			

O número de ciclos de TRA realizados na Europa em 2006 representaram, segundo a ESHRE, um aumento de 9,7% em relação ao ano anterior, o que seria explicado, em parte, pelo fato de que as clínicas teriam relatado mais detalhes de suas atividades. A França (66,749 ciclos), Alemanha (54,695) e Espanha (49,943) representariam 56% de todos os ciclos realizados na Europa, seguidos pela Itália (40,748), Turquia (37,468), Bélgica (22,730), Rússia (21,274) e pela Holanda (17,770).

Outras informações relevantes apresentadas pela ESHRE estão em que: realizaram-se 117,318 ciclos regulares de FIV, 232,844 ciclos de ICSI, 86,059 ciclos de transferência de embriões congelados (criotransferência), 12,685 ciclos de doação de óvulos, 6,561 ciclos de diagnóstico/screening genético

preimplantacional (PGD/PGS), e 241 ciclos de maturação *in vitro* (MIV). Vinte e dois países informaram sobre os dados das IIUs realizadas, dando a conhecer que 134,261 ciclos foram realizados utilizando esperma do cônjuge e 24.339 ciclos foram realizados com sêmen de banco de doação.

Até aqui foram apresentadas basicamente informações relativas à Europa. Cabe agora nos inclinarmos sobre as especificidades da América Latina por meio da Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida – REDE, à qual vincula-se a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida – SBRA, que publica anualmente desde 1990, com o apoio da Merck Serono y Merck Sharpe & Dohme (laboratórios que produzem os hormônios utilizados pelas mulheres durante a FIV) o registro dos procedimentos de reprodução assistida informados por seus associados.

O último registro de 2009, disponível no site⁴⁰ da REDE, cujas informações estarão disponíveis a seguir, reporta a 135 centros pertencentes a onze países e dizem respeito aos procedimentos de RA realizados durante o ano de 2009 e aos bebês nascidos até setembro de 2010.

A tabela a seguir nos apresenta a significativa informação de que o Brasil, embora sem legislação relativa às TRA, possui o maior número de Centros de RA da América Latina, sendo acompanhada pelo México e pela Argentina, que não possuíam sequer a metade das clínicas cadastradas no Brasil até 2009.

⁴⁰ <http://www.redlara.com/images/arq/Registro2009.pdf> [acesso em 17/05/2015].

País	Número de centros	Total de ciclos realizados	
		N	%
Argentina	22	9 773	25,7
Bolívia	1	101	0,3
Brasil ⁴¹	54	15 812	41,6
Chile	7	1 917	5
Colômbia	10	1 525	4
Equador	4	430	1,1
Guatemala	1	98	0,3
México	25	4 588	12,1
Peru	3	1 627	4,3
Uruguai	2	416	1,1
Venezuela	6	1 733	4,6
Total	135	38 020	100

Tabela 4 - Número de centros e ciclos de RA na América Latina por país

Como acautela LUNA (2002, p.31), os países da América Latina diferem muito entre si em muitos aspectos, incluindo tamanho, recursos naturais e formação étnica. Nesse sentido, e a despeito dos limites que a heterogeneidade cultural e social possam impor, a autora chama a atenção para algumas semelhanças, dentre as quais o abismo que separa as condições das pessoas pobres e ricas, e a alta prevalência do catolicismo. Segundo ela, mesmo que a igreja católica possa diferir de país para país, a religião exerce grande influência sobre as questões reprodutivas e não seria diferente em relação às TRA, ou à FIV, especificamente. Um exemplo disso está em que, a propósito da não coincidência, e em que pese alguma oposição de setores conservadores da igreja às técnicas artificiais de reprodução, no mesmo ano em que foi inaugurado em Recife, no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), o primeiro centro de Reprodução Assistida financiado com recursos públicos e referência para as regiões Norte e Nordeste do Brasil, essa instituição protagonizou um dos acontecimentos mais polêmicos e com grande poder de mobilização da sociedade pernambucana.

⁴¹ No anexo 11 segue uma lista com a especificação dos centros de RA por cidades brasileiras que contribuíram com informações para o registro da REDE.

O polêmico acontecimento foi que, ainda no primeiro semestre de 2009, o IMIP teria se negado a realizar um aborto em uma menina de nove anos, grávida de gêmeos, vítima de estupro pelo pai desde os seis, por causa da pressão da igreja católica, representada pelo arcebispo de Olinda e Recife, Dom José Cardoso Sobrinho, que excomungaria (como excomungou) a mãe e os médicos que se dispusessem a interromper a gravidez que, pelos motivos já descritos, seria considerada de risco⁴². Digamos que a FIV seja uma grande exceção no contexto de pressão religiosa evidenciada a partir do exemplo acima, seja porque talvez – e a partir de uma hipótese ingênua - ainda não houvesse ou não haja um conhecimento efetivo por parte das autoridades religiosas locais acerca das controvérsias da técnica em torno do embrião (que poderia significar, como aponta Luna [Ibid., p.35], um “massacre” de embriões perdidos entre o recipiente de plástico do laboratório e o útero da mulher); seja ainda porque a técnica propicia a realização da estrutura familiar defendida pela igreja – com um casal heterossexual e filhos nascidos desse relacionamento – e deixa de fora outras configurações familiares.

Seja lá qual for a “verdade”, e mesmo porque talvez essa verdade não exista num contexto de discursos ditos como verdadeiros, o fato é que a FIV concentra em si uma complexa teia de relações de poder e interesses que pressupõem negociações de muitas ordens em torno dos sentidos relativos ao sacrifício e ao sofrimento que, por sua vez, nos falam acerca dos discursos hegemônicos de feminilidade e reprodução e as implicações na vida das mulheres que não conseguem engravidar ou manter uma gravidez.

Ponto por ponto, a FIV se justifica como referente empírico porque, primeiro, sendo a última possibilidade em um *continuum* de buscas pela gravidez biológica, revela os limites (ou os não limites) dos sujeitos e as dimensões do sofrimento e do sacrifício envolvidos nessa busca; segundo, porque contém em si práticas legitimadas e controversas no tocante à profunda mobilização de corpos femininos com o fim último da (re)produção de um filho biológico; terceiro, por essa

⁴²<http://pe360graus.globo.com/noticias/policia/pedofilia/2009/03/05/NWS,486660,8,541,NOTICIAS,766-APOS-ABORTO-ARCEBISPO-EXCOMUNGA-MAE-MEDICOS-GAROTA-ANOS>

mobilização acontecer mediante ampla intervenção de um campo específico do saber protagonizado pela ciência médica; quarto, por estar condicionada às medicações de alto custo produzidas e tornadas públicas por poderosos segmentos da indústria farmacêutica (e cujos efeitos/riscos sociais e nos corpos das mulheres ainda não são plenamente conhecidos ou considerados) e, finalmente, e conseqüentemente, por mobilizar campos da (bio) ética e da (bio) política através do campo religioso, do movimento feminista e das políticas de Estado.

1.9.1. TRA e FIV no Brasil – outros aspectos

Não fugindo à tendência da América Latina, de acordo com Luna (2002, p. 32), no Brasil as TRA não estão entre as maiores prioridades quando comparadas às grandes questões de saúde pública ainda pendentes. Ainda assim, segundo Arilha (1996, p.201), em tempos de reivindicação por acesso a tecnologias da reprodução, há a ausência de políticas de prevenção da Infertilidade, quando se sabe que questões como o alto índice de DSTs e abortos realizados em condições ilegais têm contribuído para o problema da infertilidade.

De qualquer forma, estas duas questões: o problema da infertilidade (ou a percepção da infertilidade como problema) e a ausência das políticas de prevenção da infertilidade coexistem no Brasil desde 2005, quando foram lançadas duas portarias (nº 426 de 22 de março de 2005 do gabinete do ministro e nº 388 de 06 de julho de 2005 da secretaria de saúde) que instituíam a “Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida”, criando no âmbito dos estados e do Distrito Federal serviços de referência em reprodução humana como base do direito constitucional ao planejamento familiar.

Em relação às referidas portarias, Nascimento (2009, p. 47) considera o seguinte: “A forma detalhada como as portarias são apresentadas gera uma primeira sensação (ao menos aos olhos leigos) de que a efetivação das políticas não teria porque não acontecer. No entanto, desde seu lançamento, nenhuma medida foi tomada para a sua implementação”.

Pelo menos duas considerações devem ser realizadas a partir da fala de Nascimento. Uma primeira, que corrobora com a informação de que, entre 2005 e 2008, eram apenas as promessas - em torno do fornecimento dos serviços de RA de forma gratuita - que davam a tônica das políticas de RA; e uma segunda (que exploraremos a seguir), a qual problematiza que muitos seriam os porquês para a não efetivação das referidas políticas, ou seja, implementar as portarias não seria algo tão simples e há, sim, fortes razões que questionam sua efetivação. Quanto à primeira consideração, diz-nos Nascimento (Ibid, p47):

Em 11 de junho de 2008, o ministro José Gomes Temporão refez a promessa de que o Sistema Único de Saúde passaria a fornecer serviços de reprodução assistida gratuitamente na rede pública, de forma universal como propugnam os princípios desse sistema. Nas palavras do ministro: “O casal que não consegue ter filhos e quer fazer uma inseminação artificial tem que pagar hoje um tratamento caríssimo, que custa entre R\$ 10 mil e R\$ 20 mil. O SUS também passará a oferecer esse atendimento”.

Parece-nos problemático ou, ao menos, “desencontrado”, o fato de que, quase três anos após a inauguração do primeiro serviço de RA financiado pelo SUS em Pernambuco e, mesmo depois de dispor de cinco serviços de RA em todo Brasil (como pode ser verificado a seguir), que o Ministério da Saúde informe, não através do site oficial e não por meio da ouvidoria (acessada mais de uma vez para esta pesquisa e de quem não obtive nenhuma resposta), a notícia de que

montou um grupo de trabalho para discutir a inclusão da fertilização *in vitro* na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda em 2012 - sete anos depois da primeira portaria que determinava o atendimento para casais que precisassem do procedimento⁴³.

A pergunta que não quer calar é: se é apenas em 2012, ano em que estamos, que se monta um grupo de trabalho para discutir a inclusão da FIV na tabela do SUS, como se sustentam os serviços já financiados pelo SUS? Dependendo da resposta, quais as consequências disso?

⁴³ <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2012/03/apos-7-anos-saude-estuda-incluir-fertilizacao-vitro-no-sus-em-2012.html> [acesso em 24/03/2012].

Essa questão nos remete ao fato de que, em que pese as reivindicações em torno do acesso às TRA, muitos têm sido os porquês que problematizam seu acesso de modo universal (ou seja, acesso àqueles/as que não dispõem dos recursos necessários), dentre os quais: o fato de que se trata de recurso experimental, cujos resultados são incertos e os efeitos em longo prazo desconhecidos; o fato de que a FIV seria um procedimento complexo, em que os óvulos são obtidos pela invasão dos corpos das mulheres através de altas doses de vários hormônios, inclusive resultados de engenharia genética⁴⁴ (REIS, 2006, p. 83); e, por último, por ser uma técnica de alto custo financeiro para o Estado.

De qualquer modo, de acordo com dados levantados por Arilha (1996, p. 203), o crescimento das clínicas no Brasil pode ser caracterizado da seguinte forma:

em 1982, existiam seis serviços, metade deles no Estado de São Paulo. Em 1994, já chegava a 44 o número de serviços existentes, e a maior parte encontrava-se em São Paulo, com larga disseminação pelo interior (23 clínicas no Estado de São Paulo, nove no interior e 14 na capital). Além de São Paulo, há serviços funcionando também no Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Paraná, Vitória, Pernambuco, Brasília, Cuiabá, Salvador, Belo Horizonte e Sergipe, basicamente clínicas privadas ou serviços ligados às universidades.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida – SBRA, ou seja, de acordo com as clínicas cadastradas em tal instituição (que não expressam a realidade da quantidade de clínicas existentes), os números no Brasil por região seriam os seguintes apresentados na tabela a seguir:

⁴⁴ Outras informações a respeito: De acordo com Leopoldo de Oliveira Tso, pós-graduando do setor de Reprodução Humana do Departamento de Ginecologia da UNIFESP/EPM; Médico do Projeto BETA, Medicina Reprodutiva com Responsabilidade Social, a grande demanda mundial pela gonadotrofina altamente purificada dificultou sua disponibilidade. Cerca de 30 milhões de litros de urina por ano eram necessários para atender a produção. Por isso, surgiu a tecnologia de DNA recombinante com capacidade de produzir gonadotrofina de alta pureza, excelente eficácia e praticamente com o mesmo custo da gonadotrofina urinária. O FSH recombinante (FSHr) e produzido a partir de cultura de células de ovário de *hamster* e tem alta atividade específica e pureza (10000UI/mg). Apesar da gonadotrofina como indutor da ovulação ter passado por grandes avanços, é o medicamento mais utilizado em todo o mundo com essa finalidade.

Regiões										TOTAL
NE	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA	
	2	1	3	0	1	3	2	2	2	16
N	AC	AM	PA	RO	RR	AP	TO			
	0	1	1	0	0	0	0			2
CO	MT	MS	GO							
	3	1	3							7
S	PR	SC	RS							
	13	3	6							22
SE	MG	RJ	ES	SP						
	12	7	0	33						52

Tabela 5 - Número de centros de RA no Brasil cadastrados na SBRA por região e estado – 2012. Fonte: SBRA 2012.

Financiados pelo SUS, de acordo com o site do Ministério da Saúde⁴⁵, estão os seguintes serviços especificados abaixo: O Centro de Referência em Saúde da Mulher em SP - Hospital Pérola Byington; O Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e o Hospital Universitário de Ribeirão Preto/USP/SP. No Distrito Federal e em Pernambuco, constam, respectivamente, o Centro de Reprodução Humana Assistida do Hospital Regional da Asa Sul e o serviço de RA do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)⁴⁶ – instituição atrelada à Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS⁴⁷, pesquisada para este trabalho e referência no Norte-Nordeste – ambos financiados pelo SUS.

⁴⁵ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=33889 [acesso em 24/09/2011].

⁴⁶ No site do ministério da Saúde consta a designação: IMIP – Instituto materno-infantil de Pernambuco [acesso em 26/10/2011].

⁴⁷ A FPS é uma instituição de ensino superior da rede privada.

1.9.2. Recife – lócus de pesquisa

Recife possui 1.536.934 habitantes (2010) e é a capital do Estado de Pernambuco, localizado no centro leste da região Nordeste do Brasil. De acordo com Pimentel Neto⁴⁸, o polo médico de Recife é considerado um dos mais importantes do Nordeste e do Brasil, formado por 417 hospitais e clínicas, oferecendo um total de 8,2 mil leitos e que, segundo o sindicato dos hospitais de PE, registrou em 2000 um faturamento de R\$ 220 milhões.

Para o referido autor, um arranjo produtivo caracterizado por tecnologias de ponta, infraestrutura, investimentos e profissionais qualificados, coloca o Estado de PE na segunda posição em excelência médica no país, atrás apenas de São Paulo, tendo reconhecimento inclusive dos Estados vizinhos como Paraíba, Alagoas e Rio Grande do Norte, responsáveis por 15% da demanda do polo médico.

Em 2009, ano da inauguração do serviço de RA do IMIP, através de um dos principais jornais de Pernambuco⁴⁹, expôs-se o dado de que Recife teria se transformado na capital nordestina da FIV e estaria entre os cinco maiores polos do país, uma vez que os médicos locais realizariam uma média de 900 gestações ao ano e o número de reproduções assistidas teriam triplicado desde o ano de 2003.

Na matéria referida, não havia números para comparação e assim, infelizmente, os dados expostos não puderam ser nem confirmados nem desconfirmados⁵⁰, o que denota uma pressa, descuido ou, até mesmo, má fé

⁴⁸ PIMENTEL NETO, José G. Polo médico do Recife e a Globalização: A singularidade da localidade e os efeitos da pós-modernidade.

<http://www.ufpe.br/revistageografia/index.php/revista/article/viewFile/69/29> [acesso em 28/06/2012].

⁴⁹ http://www.diariodepernambuco.com.br/2008/11/16/urbana8_0.asp [acesso em 17/01/2009].

⁵⁰ Contatos foram travados por meio de e-mail com a redatora da matéria [Ana Neiva] e em sua resposta [21/07/2009] ela disse o seguinte: “A fonte de pesquisa de todo material que foi publicado foram os médicos que trabalham com inseminação aqui no estado. É verdade que não há pesquisas que tragam estatísticas de Pernambuco. Mas em longas entrevistas com esses especialistas consultados chegamos à conclusão de que o Recife está entre os cinco maiores polos do país na medicina reprodutiva. Se você quiser posso lhe dar os contatos dos especialistas. Se você for se arriscar a fazer algo sobre o tema, depois pode até nos procurar, quem sabe sua pesquisa vire uma nova matéria para o jornal”. Agradei sua disponibilidade em me fazer entrar em contato com os/as especialistas e aceitei a abertura, no entanto, não obtive mais resposta. NEIVA, Ana. RE: Reportagem Baby Boom [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por aneiva@diariodepernambuco.com.br em 21/07/2009.

quando da “glamourização” ou publicização infundada dos números da TRA através da mídia.

De qualquer modo, a partir da tabela 5, que explicita que em toda região Norte existem, ou estão cadastradas, duas clínicas de Reprodução Assistida e, ainda, que Recife possui o único serviço de RA financiado pelo SUS no nortenordeste, é possível considerar que Recife, de fato, merece destaque como um dos principais polos de FIV do Brasil.

Retrospectivamente, sabe-se através da SBRA⁵¹ que em 2003 a capital pernambucana tinha pelo menos duas clínicas de RA e, em 2009, a partir do cadastro de tal associação, somariam o total de quatro clínicas⁵², dentre as quais: Clínica Nascer⁵³ – Medicina Reprodutiva, e Clínica Armínio Collier⁵⁴, Clínica Gerar⁵⁵, e IMIP⁵⁶. Em 2011, ainda através do site da SBRA, duas clínicas Recife estavam associadas a ela, bem como associadas à REDE⁵⁷.

A SBRH – Sociedade Brasileira de Reprodução Humana - membro da *International Federation of Fertility Societies – IFFS* -, e somente associada à REDE a partir de 2012, é outra instituição que aglutina serviços de reprodução medicalizada, dentre elas, em Recife, o Centro de Reprodução Humana. De acordo com um dos integrantes da Diretoria da referida instituição, a SBRH possui 3.000 sócios no Brasil, porém apenas 700 em dia (relativo à anuidade) e, em Pernambuco menos de 30, não possuindo em 2012 nenhuma clínica cadastrada.

⁵¹ Acesso em 11/11/2011

⁵² http://www.sbra.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=68&Itemid=60 [acessado em 31/03/2009].

⁵³ Equipe: Adriana Fracasso (embriologista); Altina Castelo Branco (Especialista em Reprodução Humana); Flávio Sodré (especialista em reprodução humana) e Sebastião Teixeira (especialista em reprodução humana) - Fonte: <http://www.clinicanascer.com.br/equipe/> [acesso em 03/04/2012].

⁵⁴ Não possui site. O nome da clínica é o nome do especialista responsável: Armínio da Motta Collier

⁵⁵ Não possui site. Especialista responsável: Madalena Caldas.

⁵⁶ Responsável pelo serviço de reprodução humana assistida do IMIP: MADALENA CALDAS; Demais componentes: Ana Eunice Rodrigues da Silva Oliveira, Altina Castelo Branco, Catharina Cavalcanti Pessoa Monteiro Lira, Carmem Lúcia de Souza Silva, Eduardo Alves Moreira, Paulo César Silva Matheus, Lúcia Helena Torres, Ricardo Lyra. http://www1.imip.org.br/cms/opencms/imip/pt/assistencia_saude/saude_mulher/reprod_humana.html?p=2 . [acesso: 03/04/2012].

⁵⁷ De acordo com a própria definição da REDE: A Rede Latino-americana de Reprodução Assistida (REDE) é uma instituição científica e educacional, que agrupa mais de 90% dos centros que realizam técnicas de reprodução assistida na América Latina. http://www.redlara.com/aa_portugues/default.asp [acesso em 31/03/2009].

Apesar da pesquisa nos sites da SBRA e da SBRH⁵⁸ não foi possível identificar a totalidade das clínicas existentes em Recife, ficando a informação parcial de que até 2012 funcionavam (cadastradas às redes de RA, ou não), pelo menos, cinco clínicas ou serviços de RA, dentre eles a Clínica Nascer, a Clínica Armínio Collier, a Clínica Gerar⁵⁹, o Centro de Reprodução Humana e o Serviço de Reprodução Humana do IMIP.

Vale salientar que, na contramão de um desenvolvimento tecnológico e econômico que faz de Recife, hoje, o mais importante polo médico Norte/Nordeste e lócus de “turismo de saúde”⁶⁰, o Fórum de Mulheres de Pernambuco - articulação feminista e antirracista de âmbito estadual, fundado em 1988 e cuja sede está localizada em Recife -, continua mobilizado contra a realidade da violência doméstica e sexista que tem feito de Pernambuco um dos Estados que mais registra crimes contra mulheres no país.⁶¹

Decerto que não é possível inferir uma afirmação conclusiva acerca da relação entre a “hercúlea-quase-tarefa-missão” de ter um filho por meio das TRAs e a violência doméstica e sexista que acomete mulheres pernambucanas e tantas outras mulheres Brasil afora. No entanto, chamar a atenção para esse aspecto significa atentar também para um contexto ainda extremamente mobilizado por uma cultura sexista que evidencia as não superadas desigualdades de gênero.

Trata-se da compreensão de que, em que pesem todos os avanços tecnológicos e econômicos já referenciados, há uma inegável subordinação dos corpos femininos a processos de controle por parte de seus maridos, namorados e pais, mas também da comunidade, da igreja e do Estado que, através de práticas que estimulam a valorização de padrões hegemônicos de feminilidade e masculinidade, acabam por reproduzir as marcas do sofrimento e dos sacrifícios

⁵⁸ A partir do site da SBRH não foi possível acessar nem o conteúdo de suas revistas e livros (pois estes não são disponíveis para não assinantes) e nem seus/suas associados/as.

⁵⁹ Não possui site. Especialista responsável: Madalena Caldas.

⁶⁰ Fonte: Empresa de Turismo de Pernambuco - EMPETUR. http://issuu.com/executivapress/docs/relatorio_empetur_final170112?mode=window&backgroundColor=%23222222 [acesso em 02/06/2012].

⁶¹ WAISELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da violência 2012: Os novos padrões de violência homicida no Brasil. Instituto Sangari. São Paulo, 2011.

socialmente aceitos e/ ou “melhor adequados”, ou mesmo, que melhor condizem com tais padrões.

Dessa forma, a articulação entre essa cultura sexista que explicita e é paradoxalmente evidenciada pela valorização de padrões hegemônicos de feminilidade/masculinidade e reprodução, e a mobilização dos corpos femininos pela busca da maternidade biológica, certamente é caminho para compreensão de como as articulações discursivas relativas à FIV reverberam na vida das mulheres que não conseguem engravidar ou manter uma gravidez.

A questão é que, uma vez que essa técnica, por toda complexidade que lhe é peculiar, evidencia as situações-limite de sofrimento e sacrifício em busca da filiação biológica, chegamos às possíveis análises de como os padrões de feminilidade e reprodução interagem com a vivência dos sacrifícios e sofrimentos possíveis e as implicações disso tudo na vida das mulheres que buscam a FIV.

Capítulo 2 – Diálogos teóricos...

Há mais de trinta anos uma filósofa, Simone de Beauvoir, questionou o instinto materno. Psicólogos e sociólogos, em sua maior parte mulheres, fizeram o mesmo. Mas como essas mulheres eram feministas, fingiu-se acreditar que sua inspiração era mais militante do que científica. Em lugar de discutir seus trabalhos, foram muitos os que ironizaram a esterilidade voluntária de uma, a agressividade e a virilidade de outras. BADINTER, 1985, p. 21

Pela capacidade de concentrar em si diversos processos articulatórios próprios às negociações em torno das escolhas reprodutivas e por, conseqüentemente, expor uma conjuntura que diz respeito ao que se acha que pode/não pode, deve/não deve fazer em nome de uma gravidez ou de uma criança, é que a FIV, encarada muitas vezes como a última cartada de um “jogo” de acertos e erros, é tomada enquanto referente empírico a partir do qual se analisam os **discursos** relativos à naturalização construída do sofrimento e sacrifícios como alicerces dos discursos **hegemônicos** de fertilidade e reprodução.

Uma vez que, como vimos, a FIV é a técnica mais complexa no meio da RA e, pelos procedimentos que envolve, evidencie situações-limite de sofrimento e sacrifícios - sejam eles físicos, financeiros ou emocionais - vivenciados, explicitados e assumidos pelos sujeitos que buscam a filiação biológica, o problema dessa pesquisa pode ser resumido na seguinte questão: num contexto de articulação crescente entre ciência médica, indústria farmacêutica, Estado e Igreja, quais são as implicações das formações discursivas relativas à FIV nos discursos que as mulheres produzem acerca de si mesmas e de suas experiências pessoais ao buscar as biotecnologias da reprodução?

Considerando, como em Foucault, que teremos uma **formação discursiva** sempre que se puder descrever entre certo número de enunciados, e, ainda, definir uma regularidade entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos e as escolhas temáticas, esta pesquisa ocupou-se, entre outras coisas, com a identificação de tais formações decorrentes da **articulação** dos discursos em torno da técnica de FIV e, mais especificamente, de como as mulheres se constituem enquanto sujeitos da dor moral e corporal no contexto da RA.

2.1. ...da figueira sem frutos à verdade dos discursos – nas entrelinhas do não ser “uma meia mulher completa”.

É também pouco sincero escrever sobre a diferença sexual, ou diferença em geral, sem reconhecer a vergonhosa correspondência entre formas específicas de sofrimento e formas específicas do corpo, de qualquer forma que o corpo seja compreendido. O fato de a dor e a injustiça terem gênero e corresponderem aos sinais corpóreos do sexo é precisamente o que dá importância a um discurso sobre a criação do sexo. (Laqueur, 2001, p. 27).

Não sem propósito, alguns conceitos-chave foram destacados na apresentação deste capítulo, tais como: **Discurso, hegemonia, formações discursivas e articulação**. Esses conceitos, incluindo o de **ponto nodal**, são imprescindíveis à continuidade das discussões ora propostas e serão sobre eles, certamente sob a influência direta de Ernesto Laclau, Chantal Mouffe e Derrida, que esta primeira parte dos diálogos se debruçará.

Tal qual em LACLAU & MOUFFE (2004, p. 142-143), “chamaremos **articulação** a toda prática que estabelece uma relação tal entre elementos, que a identidade destes resulta modificada como resultado desta prática. À totalidade estruturada resultante da prática articulatória chamaremos **discurso**”. A partir de Derrida - para quem a ausência de significado pleno “amplia indefinidamente o campo e o jogo da significação” (DERRIDA, 2011, p. 410) - reafirma-se a impossibilidade de uma fixação última de sentido no social, uma indeterminação que pressupõe não só uma lógica articulatória, como também fixações parciais de sentido denominados, por Laclau e Mouffe, **pontos nodais**. A lógica dos pontos nodais seria que, inclusive para diferir, para subverter o sentido, deveria haver um sentido (LACLAU & MOUFFE, 2004, p. 186). Dessa forma, a prática da articulação consiste na construção de pontos nodais, e estes pontos nodais procedem à abertura do social, pressuposto para existência da **hegemonia**, junto a outros condicionantes, tais como a presença de forças antagônicas e a instabilidade das fronteiras que as separam.

Considerando que as formações hegemônicas não devem prescindir da presença de pontos nodais, sob o risco de serem conduzidas por uma lógica

específica de uma força social única e que, no caso da construção dos corpos femininos e da reprodução por meio da FIV, não seria diferente, as análises ficaram por conta da identificação das regularidades nas dispersões relativas aos sentidos socialmente aceitos de feminilidade e reprodução.

A formação hegemônica tal qual a concebemos não pode ser reconduzida à lógica específica de uma força social única. Todo bloco histórico – ou formação hegemônica – se constrói através da regularidade na dispersão e esta dispersão inclui uma proliferação de elementos muito diversos: sistemas de diferenças que definem parcialmente identidades racionais; cadeias de equivalências que subvertem a estas últimas, mas que podem ser recuperadas na medida em que o lugar da oposição passa a ser o mesmo regular e, de tal modo, a constituir uma nova diferença; formas de sobredeterminação que concentram seja o poder, seja as diversas formas de resistência ao mesmo, etc. (Ibid, 2004, p.186)

Apresentados alguns dos principais conceitos com os quais serão trabalhados os elementos relativos à FIV, iniciemos efetivamente nossos diálogos. A partir do *Dicionário Crítico do Feminismo*: “Masculinidade e feminilidade existem e se definem em sua relação e por meio dela. São as relações sociais de sexo, marcadas pela dominação masculina, que determinam o que é considerado ‘normal’ – e, em geral, interpretado como ‘natural’ – para mulheres e homens” (MOLINIER & WELZER-LANG, 2009, p. 101)

Quando Fabíola Rohden utiliza o título “A arte de enganar a natureza” para falar sobre contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX é o ato de desviar daquilo que é considerado normal e interpretado como “natural” no corpo e no comportamento feminino, ou das mulheres, o problema em questão. No caso das tecnologias de RA, mais especificamente no caso da FIV, se estaria enganando a natureza ou favorecendo sua efetivação? O que seria a natureza? Qual seria a verdade sustentadora e, ao mesmo tempo, sustentada pelas tecnologias na reprodução? Talvez a questão central fosse: há uma verdade em tais discursos?

A caminho dos pontos nodais é possível dizer que a FIV encerraria em si, pelo menos em princípio, uma dupla natureza, “enganadora” e “colaboradora”. Enganadora porque (e pelo discurso médico corroborado pela mídia) funcionaria

como tratamento⁶² da infertilidade, ou do que seria considerado infertilidade. Nesse caso, o efeito do ludíbrio estaria para o corpo, cuja natureza ou “normalidade” (ou não-patologia) seria não ser (ou não estar) fértil. Ao mesmo tempo, se se parte do pressuposto de uma natureza reprodutora atrelada desde sempre ao corpo e, mais especificamente, ao corpo feminino (condição reiterada pela ciência médica moderna), a FIV cumpre a função de “colaboradora” ao dar uma “mãozinha” à natureza.

Numa analogia com o problema da escritura em Derrida (1997) (que expõe as estruturas racionais da separação política entre natureza e cultura, razão/logos versus corpo, fala e escrita), ainda mais complexas podem se tornar as questões em torno da FIV. Em sua “dupla função” ou na quantidade de funções que sejam passíveis de identificação, questiona-se qual seria sua verdadeira natureza - se enganadora, colaboradora (ou qualquer outra adjetivação). Questiona-se se é remédio ou veneno, se é benéfica ou maléfica ou, mais problematicamente, quais as propriedades do *Phármakon* que a técnica de FIV contém em si “quando o que está em jogo é a moralidade, tanto no sentido da oposição do bem e do mal, do bom e do mau, quanto no sentido dos costumes, da moralidade pública e das conveniências sociais” (Ibid, 1997, p. 17)

Esse *phármakon*, essa “medicina”, esse filtro, ao mesmo tempo remédio e veneno, já se introduz no corpo e no discurso com toda sua ambivalência. Esse encanto, essa virtude de fascinação, essa potência de feitiço podem ser – alternada ou simultaneamente – benéficas e maléficas. O *phármakon* seria uma substância, com tudo o que esta palavra possa conotar, no que diz respeito à sua matéria, de virtudes ocultas, de profundidade críptica recusando sua ambivalência à análise, preparando, desde então, o espaço da alquimia, caso não devamos seguir mais longe reconhecendo-a como a própria anti-substância: o que resiste a todo filosofema, excedendo-o indefinidamente como não-identidade, não-essência, não-substância, e fornecendo-lhe, por isso mesmo, a inesgotável adversidade de seu fundo e de sua ausência de fundo (DERRIDA, 1997, p. 14)

⁶² “na verdade, as NTRC não tratam infertilidade, apenas compensam-na” (OLIVEIRA, 1996, p. 188).

Numa linguagem derridiana, seria o pai, o rei, assim como no caso da escrita - a origem do *logos* - aquele que tem atribuído o valor ao *phármakon*, ou delimitado a função da FIV enquanto *phármakon*? Se esse (*fa*) *logos*, essa razão, inscreve sua verdade por meio da diferença entre os sexos, e essa diferença marca um jogo de moralidades por meio de conveniências políticas e sociais que determinam o que é a verdade por meio do mito (no caso, o mito do amor materno como representação dessa verdade), certamente que a FIV enquanto *phármakon* está inserida nesse jogo em que pode ser considerada tanto remédio quanto veneno, a depender de qual seja o mensageiro do discurso e a depender de todas as ambiguidades que podem advir de tal consideração, afinal, às vezes remédio faz mal e veneno pode ser remédio.

Considerar tal indecibilidade em torno do que seria a essência da FIV – se remédio, se veneno, se benéfica, se maléfica - seria tornar passível de **desconstrução** (desveladora das oposições internas do discurso) a própria idealidade que a constrói, pela repetição e pela *différance*, como otimizadora do caráter técnico, protético da condição humana. Essa condição é o *phármakon*: tanto condição de lembrança, como de esquecimento; tanto condição de manutenção de uma dinâmica patriarcal, quanto o seu questionamento.

A abertura do sentido social da FIV pela *différance* (como negação da lógica oposicional) é o pressuposto da disputa política em torno de sua hegemonia. As forças antagônicas que disputam seu sentido podem ser identificadas nas reflexões feministas, tanto das liberais, quanto das radicais no que tange à discussão no campo dos direitos sexuais e reprodutivos.

2.2. Os direitos e “esquerdos” da procriação visitados e revisitados

“Os esquerdos da procriação visitados”⁶³ foi o título do artigo da médica e integrante da organização feminista *Criola*, Jurema Werneck, escrito para o seminário nacional: *Biopoder e Tecnologias Reprodutivas – uma análise crítica feminista*⁶⁴. O título de seu artigo foi uma alusão direta ao texto da também médica e feminista Ana Reis, uma das fundadoras da Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering (FINRRAGE)⁶⁵, escrito no início dos anos 1990, intitulado “Os esquerdos da procriação”.

Esquerdos, no sentido apresentado inicialmente por REIS (1990) e retomado posteriormente por WERNECK (2008), resulta de um jogo com as palavras e seus sentidos, no intuito de que a expressão “Direitos Reprodutivos”, e o caráter benfazejo das garantias obtidas em seu nome, pudessem ser problematizados. Ademais, no contexto das TRA, esses direitos passam a ser ressignificados ainda, na medida em que aspectos como a autonomia reprodutiva e também sexual – propiciadas pelo desvencilhamento da gravidez da relação (hetero) sexual - dão lugar a novas questões em torno dos valores justificadores da procriação biológica “a qualquer custo”, evidenciados nos discursos de quem busca as TRA.

A proposta de Jurema, ao retomar as reflexões de Ana Reis, foi constatar que as questões apontadas pela referida autora nos idos dos anos 90, tais como os falsos antagonismos entre e corpo e mente, e cultura e natureza, ainda estariam na

⁶³ Publicado nos Anais do Seminário Nacional “Biopoder e Tecnologias Reprodutivas: Uma análise crítica feminista”. Recife, SOS CORPO, 2008.

⁶⁴ O Seminário Latino-Americano Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas (2006) e o Seminário Nacional Biopoder e Tecnologias Reprodutivas: uma análise crítica feminista (2008) foram organizados pelo SOS CORPO – Instituto feminista para democracia, instituição feminista localizada no nordeste do Brasil. Ambos foram sediados em Recife e contaram com a presença de pesquisadoras feministas, outros/as intelectuais locais e das mulheres do Fórum de Mulheres de Pernambuco - Articulação feminista e anti-racista, que existe desde 1988 e que reúne organizações não-governamentais, fóruns, associações e grupos de mulheres, mulheres de núcleos universitários, de secretarias de mulheres de sindicatos e de partidos políticos e feministas sem vínculos institucionais.

⁶⁵ Essa Rede internacional feminista de resistência à engenharia genética e reprodutiva existe desde 1970. Em 1984 era denominada Feminist International Network on New Reproductive Technologies – FINNRET e, em 1985, ao destacarem a relação entre engenharias reprodutivas e genéticas, seus efeitos sobre as mulheres no mundo e a necessidade de estratégias de resistência feministas passou a ser chamada FINRRAGE. <http://www.finrrage.org/> [acesso em 06/04/2012].

ordem do dia, assim como a crítica à inclinação social “de entregar todas as soluções à tecnologia e às normas ‘científicas’” aumentando “a separação que existe entre homens e mulheres, humanos e natureza, e a nos exilar de nós mesmos”⁶⁶.

Pela possibilidade da visitação e revisitação das compreensões do movimento feminista acerca das TRA, são retomadas as discussões do campo dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como a crítica ao modelo ou aos modelos de ciência produzidos em torno dos corpos das mulheres.

Valerie Bryson, em seu “Feminist Political Theory”, considera que “a *Reprodução* tem sido largamente ignorada pela teoria política convencional porque é vista tanto como ‘natural’, quanto ‘privada’”, e que, as reivindicações feministas ao redor do mundo em torno do direito de escolha (*right to choose*) das mulheres e da *saúde reprodutiva*⁶⁷, têm mostrado que, para além da ordem privada, e das escolhas individuais, as campanhas pelos direitos reprodutivos seriam parte de um esforço coletivo contra o controle dos homens sobre os corpos das mulheres. Por esse ângulo, segundo a autora, a reprodução seria uma “‘key site’ do patriarcado, onde o controle sobre os corpos das mulheres é exercido, mas onde pode também ser resistido”(BRYSON, 2003, p. 181).

Que estatuto atribuir à maternidade? Responder a essa questão envolve uma tensão que atravessa a história dos movimentos feministas, mas também a de numerosas mulheres, que se encontram diante de contradições freqüentemente insuperáveis. A maternidade constitui, ao mesmo tempo, uma especificidade valorizada – o poder de dar a vida – uma função social em nome da qual reivindicar direitos políticos ou direitos sociais, e uma fonte de opressão. Operadora de divisões, ela estrutura as posições teóricas feministas.(COLLIN & LABORIE, 2009:133).

66

http://www.glefas.org/glefas/files/biblio/os_esquerdos_da_procria%C3%A7%C3%A3o_ana_reis.pdf [acesso em 22/05/2011].

⁶⁷ “A saúde reprodutiva inclui o acesso a anticoncepcionais seguros e ao atendimento obstétrico e pré-natal, bem como a serviços relacionados à menarca e à menopausa; o aborto seguro e legal; serviços de prevenção e tratamento das infecções de trato reprodutivo (ITR’s), HIV/AIDS, infertilidade e cânceres ginecológicos; proteção contra violência sexual, mutilação genital feminina e outras práticas tradicionais nocivas; informação plena e respeito pela capacidade da mulher de tomar decisões; e acesso, durante toda vida, à assistência à saúde de boa qualidade” (PETCHESKY, 2005, p.30)

A FIV, cujo fim (não absoluto)⁶⁸ é a reprodução, expõe e hiperboliza a condição do *Phármakon* da reprodução pela *différance*, evidenciando as ambiguidades dos estudos feministas aplicados às TRA que, por um lado, considerariam as TRA como “estratégias de controle da sexualidade, de opressão do corpo feminino e de promoção das ideologias patriarcais que confinam as mulheres no papel de mães e cuidadoras” (DINIZ, 2002, p. 16), e, por outro lado, uma conquista no campo dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, ao empoderá-las na ampliação de suas escolhas reprodutivas.

Como é possível perceber, o que subjaz aos discursos em ambas as correntes é, necessariamente, a reafirmação do controle dos corpos das mulheres por elas mesmas. No entanto, e apesar da legitimidade do argumento relativo à autonomia das mulheres e da resignificação da presença masculina no processo reprodutivo, o deslocamento do ato de fecundação do mundo privado para o mundo público, institucional e capitalizado dos hospitais e laboratórios, tem suscitado muitas questões acerca das condições nas quais tais tecnologias estão sendo utilizadas e sobre as formas de relação que estão e serão associadas a essas práticas (AKRICH; LABORIE, 1999).

Diz-nos Engeli, que as reflexões feministas, tanto das liberais quanto das radicais “foram inicialmente favoráveis ao desenvolvimento das técnicas de RA e, rapidamente, se dividiram, quando a corrente radical se colocou massivamente contrária ao desenvolvimento das novas tecnologias” (ENGELI, 2009, p. 204).

Perspectiva diferente é apontada por Thompson (2005, p. 54-75), segundo a qual o posicionamento da literatura feminista sobre tecnologias reprodutivas e fertilidade se dá a partir de dois momentos, inclusive cronologicamente delimitados, que coincidem, segundo ela, em parte com as segunda e terceira ondas do feminismo: a fase 1 (aproximadamente entre 1984 e 1991) e a fase 2 (aproximadamente entre 1992 a 2001). Segundo Thompson,

Na fase 1, escritos sobre infertilidade na era das tecnologias reprodutivas exemplificam as preocupações do feminismo de segunda onda. Assim como feministas materialistas e estrutural-

⁶⁸ Não absoluto, pois o material genético resultante da FIV e outras técnicas de reprodução podem ser utilizados também em pesquisas com células-tronco.

funcionalistas disputavam a tendência dominante com as feministas liberais durante o período do feminismo de segunda onda, a fase 1 radical das críticas feministas relativas à infertilidade e tecnologias reprodutivas desafiaram as abordagens dos relatos liberais das tecnologias. Na fase 2, escritos sobre a infertilidade e as tecnologias reprodutivas não só exemplificaram as preocupações emergentes do feminismo da terceira onda (ou pós-estruturalista), tais como a reformulação da agência, mas também representaram um dos lugares de erudição e ativismo feminista que precipitaram o feminismo da terceira onda (THOMPSON, 2005, p. 57).

É a partir de tais problematizações suscitadas principalmente pelo movimento feminista acerca da reivindicação ou não das TRA como direito reprodutivo, bem como das biomoralidades que as subsidiam e provocam, que os discursos em torno da FIV são entendidos como aqueles a partir dos quais melhor se possa desestabilizar ou desconstruir, em termos derridianos, significados transcendentais relativos ao que se constituiria enquanto natureza feminina. Os próximos tópicos serão sobre os argumentos favoráveis e desfavoráveis à FIV pelas correntes radical e liberal feministas.

2.3. Radicais, liberais e a *différance*

Liberais

Os avanços científicos e as vantagens apresentadas por tais avanços, como a condição de que mulheres solteiras, ou homossexuais, ou portadoras de algumas doenças genéticas, teriam possibilidade de gestar, ou de não gestar (e ainda ter um filho de sangue), fez com que as signatárias das ideias liberais reivindicassem, segundo ROTANIA (2001, p.372), “oportunidades para exercer por igual a totalidade das capacidades que tornam o ser humano mulher, um ser enquanto tal”. Essas oportunidades adviriam, por assim dizer, das TRA como recurso ampliador da esfera dos direitos reprodutivos (PITANGUY E EDLER, apud ROTANIA, 2001, p.373).

Segundo essa visão, “o desenvolvimento da procriação medicamente assistida permitiria um maior controle das mulheres sobre a decisão da

maternidade” (ENGELI, 2009, p. 204), mais que isso, inseriu o desejo por filhos biológicos (no caso do Brasil)⁶⁹ no rol dos objetos de consumo acessíveis pela intermediação do mercado e, posteriormente, pelas políticas públicas.

Margareth Arilha que, em suas investigações, enfatiza que o Estado deve desempenhar seu papel como prestador de serviços, normatizador e fiscalizador de ações de saúde e, ainda, que a sociedade civil desempenha papel importante nesse contexto, chama a atenção para o fato de que é preciso considerar que uma mulher pode desejar ter um filho e que a “concretização deste desejo poderá fazer que se sinta mais forte diante de si e da vida, mais satisfeita consigo mesma” (ARILHA, 1996, p.201). Assim, e considerando que “o desenvolvimento da procriação medicamente assistida permitiria um maior controle das mulheres sobre a decisão da maternidade” (ENGELI, 2009, p. 204), ao buscar as TRA, as mulheres exerceriam, do ponto de vista liberal, não só sua autonomia enquanto princípio bioético⁷⁰, mas também sua autonomia reprodutiva e, em certo sentido, em situações específicas, também sua autonomia sexual.

Em que pese a ênfase de Arilha de que é necessário procurar compreender o sentido da maternidade para muitas mulheres, ela não deixa de apontar para o fato de que as implicações éticas do desenvolvimento dessas tecnologias merecem ser discutidas pela sociedade como um todo. Afinal, as TRA fizeram com que o desejo por filhos biológicos fosse acessível pela intermediação do mercado e, posteriormente, pelas políticas públicas, o que demandaria, por outro lado, uma ação acurada do Estado como normatizador e fiscalizador.

Diante das ausências do Estado e de tantas outras críticas elaboradas pelas feministas radicais quando da consolidação da FIV enquanto instrumento de

⁶⁹ No Brasil, apesar da dificuldade referenciada por algumas das mulheres entrevistadas quanto ao processo de adoção, ainda assim se configura como uma possibilidade, diferentemente de algumas partes da Europa, bem como dos EUA em que, segundo Sarah Franklin (1998:107) a “FIV pode ser a única opção para casais inférteis que continuam a querer ser pais”.

⁷⁰ “A bioética pode ser definida de muitas maneiras diferentes e pertinentes, segundo seu objeto de estudo, seu método ou tipo de procedimento(s), sua(s) tarefa(s) e finalidade(s); ou segundo a(s) referência(s) à(s) teoria(s) moral(is) adotada(s), à extensão de seu campo de aplicação e à caracterização dos atores envolvidos e afetados que, portanto, merecem algum tipo de consideração moral. Atualmente está em curso uma forte retomada do interesse pela ‘bioética global’, e seus themata (g. Holton) coexistem com a problemática geral indicada pelos termos foucaultianos de ‘biopoder’ e ‘biopolítica’” (Schramm, 2006, p.148).

resgate de valores que remontam ao determinismo biológico (STOLCKE, 1998, TUBERT, 1996), levantam-se posições liberais, tais como as de Niklas Rose. Para este pesquisador, o argumento de que estamos diante de um novo determinismo biológico ou genético é uma visão pessimista de um momento em que, segundo ele, torna-se visível a emergência de uma nova ética da cidadania biológica e responsabilidade genética. Segundo ele, nessa nova ética “nossa individualidade corporal e neuroquímica estaria aberta à escolha, à prudência, responsabilidade, à experimentação, e à contestação” (ROSE, 2007, p. 8). No contexto das tecnologias da reprodução, decidir sobre a realização ou não da FIV pressupõe, segundo Niklas Rose, uma comunicação sobre riscos. Tais riscos, uma vez comunicados, sobreponderados e assumidos pelas partes interessadas, explicitariam o poder de deliberação do indivíduo sobre seu próprio corpo ou sobre qualquer elemento passível de sacrifício. No caso, aí também as mulheres afirmariam sua autonomia e tal argumento corroboraria a perspectiva das liberais em contraposição às ideias da corrente radical, explicitadas a seguir.

Radicais

As expectativas em torno da técnica de FIV, ou mais propriamente, das questões que suscita, acontecem porque, se por um lado “o avanço da ciência permitiu que as mulheres férteis pudessem evitar a concepção e permite agora que mulheres inférteis possam ser mães” (ROTANIA, 2001, p. 374), por outro lado, a própria autonomia que subjaz às discussões em torno dos direitos sexuais e reprodutivos passa a ser questionada quando da consideração das relações de poder e dos jogos de verdade subjacentes à medicalização dos corpos com fins de reprodução e é justamente esse o ponto explorado pelas feministas radicais.

Embora não haja informações sistematizadas sobre os perfis⁷¹ de mulheres que têm buscado as TRA, muito menos com um recorte racial ou orientação

⁷¹ É importante considerar que, no que diz respeito à variável “cor”, há sub-notificação na maioria dos sistemas de informação da área de Saúde, o que tem dificultado análises mais consistentes sobre a saúde da mulher negra no Brasil. Apesar das sub-notificações referidas, e a partir do cruzamento de informações, explicita-se a realidade de maior vulnerabilidade das mulheres negras

sexual, a técnica de FIV tem sido questionada como direito a ser acessado pelas mulheres em sua pluralidade por, pelo menos, três considerações bioéticas, para além daquelas relativas aos embriões (destino do embrião, redução embrionária, eugenia), como normalmente tem acontecido. Uma primeira consideração, diante das taxas de sucesso, diz respeito ao caráter experimental da técnica, cujos resultados são incertos e os efeitos a longo prazo desconhecidos. A segunda consideração estaria em que se trata de um procedimento complexo em que os “óvulos são obtidos pela invasão dos corpos das mulheres através de altas doses de vários hormônios”, inclusive resultados de engenharia genética (REIS, 2006, p. 83), e cujas consequências ainda não seriam plenamente conhecidas. Por fim, por ser uma técnica de alto custo financeiro.

Tais considerações, apropriadas pelas feministas radicais, têm reforçado as críticas aos mecanismos de disciplinamento do corpo feminino investidos pelo biopoder em articulação com o patriarcado, representados pelo poder médico, pelo mercado e pela Igreja católica que, embora oficialmente desfavorável às TRA, reforçaria valores relativos à família e ao corpo das mulheres como naturalmente reprodutor, bem como se apresentado como “um dos interlocutores sociais mais visíveis do campo discursivo sobre a medicina de reprodução humana” (LUNA, 2002, p. 57).

Outra crítica contundente está em que as TRA esconderiam, muitas vezes, o que seriam as verdadeiras causas da infertilidade. Segundo Gena Corea, “uma das principais causas da infertilidade, por exemplo, são as doenças sexualmente

pela dificuldade de acesso aos serviços sociais básicos e serviços de saúde (Brasil, 2007; REDESAUDE, 2003), bem como da informação de que, em muitos países em desenvolvimento, a infertilidade é resultado de infecção de trato genital, no qual se incluem infecções sexualmente transmissíveis, infecções do pós-parto e decorrentes de aborto, entre outros. Considerando tais informações, é possível dizer, entre outras coisas, que as mulheres negras, por se encontrarem num lugar de maior vulnerabilidade, são fortes candidatas ao uso das TRA. No entanto, e apesar de tal consideração, não foi possível nesta pesquisa construir correlações entre a variável raça, ou mesmo orientação sexual, com os padrões hegemônicos de feminilidade e reprodução. Ainda que tenha encontrado na fala de um dos médicos entrevistados que atende em clínica particular que não teria problemas em realizar a técnica de FIV em casais homossexuais, não foi possível encontrar essas pessoas, inclusive porque no serviço de RA financiado pelo SUS, até o presente momento (20/09/2011), só têm sido aceitos casais heterossexuais.

transmissíveis; entretanto, isso é muito pouco alardeado”. (COREA, 1996, p. 164). Segundo Arilha (1996, p. 201), poderia se considerar que, para além das DSTs, o quadro de infertilidade no Brasil seria decorrente de consequências de abortos realizados em situações precárias e pelo alto índice de mulheres esterilizadas.

Grosso modo, a corrente feminista radical tem questionado, entre outras coisas, a hiper-valorização da ciência e do poder médico; os padrões heteronormativos de reprodução; a redução das mulheres à condição de detentoras de corpos naturalmente predispostos à maternidade; a anulação desse corpo diante dos processos tecnológicos; as biotecnologias da reprodução como importantes frentes de expansão e acumulação do capitalismo e, por fim, o questionamento do uso das biotecnologias reprodutivas como direito reprodutivo, uma vez que se trataria de um recurso de caráter experimental, extremamente dispendioso e de conhecidos e desconhecidos riscos (REIS, 2001; O’KEEF, 1992; MENEGON & SPINK, 2006) à saúde das mulheres.

Différance

A reprodução artificial fora do corpo da mulher foi o futuro pensado por Shulamith Firestone (1976, p. 235) nos idos dos anos 70, como solução à opressão das mulheres decorrente, segundo ela, da “tirania de sua biologia reprodutora”. Essa feminista, conhecida especialmente por sua obra “A dialética do Sexo”, é considerada uma das principais representantes da corrente radical do feminismo por sua crítica à desigualdade de gênero originada nas estruturas sociais patriarcais impostas às mulheres, identificadas nos prejuízos sociais, psicológicos e, mesmo, biológicos impostos às mulheres pela gravidez, pelo parto e pela posterior criação dos filhos. Diz-nos Bryson (2003, p. 184) que

para algumas feministas, o problema central com a análise de Firestone não foi simplesmente sua suposição ingênua que as tecnologias reprodutivas poderiam ser prontamente utilizadas em benefício das mulheres, mas a crença subjacente que gravidez, parto e cuidado com as crianças seriam atividades essencialmente humilhantes e opressivas das quais as mulheres poderiam ser libertadas.

As reivindicações de Shulamith em torno das tecnologias da reprodução a aproxima das reivindicações das feministas liberais e, no entanto, afasta-a delas pelos critérios utilizados para tal reivindicação. Embora a técnica reivindicada seja a mesma (para radicais ou liberais), os sentidos sociais de sua reivindicação estão polarizados entre o libertar-se da natureza (ou da biologia “tirânica”) ou apoderar-se de tal natureza pela técnica, entendida, neste caso, como propiciadora de um maior controle das mulheres sobre a decisão da maternidade, pensada como algo desejado e não fruto de tirania.

Derrida, em *Mal de arquivo*, para se contrapor à ligação que Freud realiza entre o progresso da ciência e da razão ao advento do patriarcado, tece as considerações a seguir e a partir delas anuncia o deslocamento da lógica oposicional – *différance* - inscrita nas formações discursivas em torno das TRA.

Refiro-me ao que liga, aos olhos de Freud, em particular do Freud de *O homem dos ratos*, o progresso da ciência e da razão ao advento do patriarcado [...] Freud se engana três vezes com Lichtenberg junto a quem busca uma garantia. Engana-se afirmando que não pode haver dúvida quanto à identidade da mãe, uma vez que esta dependeria do testemunho dos sentidos; a identidade do pai seria sempre duvidosa, pois suporia apenas ela, uma inferência racional [...] ora, mais do que nunca hoje em dia, com a possibilidade das mães de aluguel, de maternidades protéticas, dos bancos de esperma e de todas as inseminações artificiais como nos garante hoje e nos garantirá mais no futuro a tecno-ciência biogenética, sabemos que a maternidade é tão inferida e interpretada como a paternidade. [...] se engana uma segunda vez acreditando [...] que a paternidade, e só ela, é tão incerta quanto a questão do saber se a lua é habitada [...] Engana-se uma terceira vez extraíndo de todos estes erros, ilusões ou fantasias, uma conclusão falocêntrica: devido a este apelo presumido à razão na atribuição da paternidade, além do “testemunho dos sentidos” a passagem ao patriarcado terá marcado o triunfo civilizador da razão sobre a sensibilidade, da ciência sobre a percepção. (DERRIDA, 2001, p. 64)

Em que pese a legitimidade de toda crítica que busca atingir as raízes do problema em tela e que certamente não foram levadas em consideração, por diferentes motivos, nem por Shulamith Firestone, nem por Derrida, e não o são em sua totalidade pelas liberais, não há como desconsiderar que a FIV possui, de fato,

um caráter libertador, subversivo diante de uma dicotomia radical que funciona para manter a ordem (HARTSOCK 1990, p. 162), essa mesma prevista em Bourdieu, por exemplo, quando afirma que

A divisão entre os sexos parece estar na “ordem das coisas”, como se diz por vezes para falar do que é normal, natural, a ponto de ser inevitável: ela está presente, ao mesmo tempo, em estado objetivado nas coisas [...], em todo mundo social e, em estado incorporado, nos corpos nos habitus dos agentes, funcionando como sistemas de esquemas de percepção, de pensamento e de ação.(BOURDIEU, 1999, p. 17).

A referência da ordem localizada tanto em Bourdieu quanto em Hartsock, entre outros, é o sujeito masculino totalizante e universalizante, e que deixa ainda dentro da ordem - mas numa posição marginal - toda voz que vem do Outro e que não é referência.

Nessa ordem dicotômica, a mulher foi e ainda é o Outro para quem se tem reservado o lugar da natureza caótica, cuja disposição natural seria a reprodução e cuja necessidade, aos olhos do sujeito masculino, seria o controle pela razão e pela técnica. Assim, quando Derrida toma as tecnologias reprodutivas para se contrapor ao discurso falocêntrico da razão, ele fala do caráter subversivo da FIV diante dos fundamentos que justificam boa parte das críticas conduzidas pelas feministas radicais (acima), e, em certo sentido, promove os argumentos das liberais sobre o caráter potencialmente libertador de tais tecnologias (o que não quer dizer corroborar com a identidade do sujeito liberal que reivindica as tecnologias).

Na *différance*, o significado da FIV não pode ser definido em si mesmo e, portanto, tanto liberais quanto radicais estão diante de uma aporia, diante do indecível, do que em si mesmo só é passível de desconstrução. Dessa forma, o significado da FIV, e também da maternidade, permanecem a todo tempo postergados, inclusive naquilo que se pretende arquivar. No caso das tentantes, talvez esse arquivo (que poderia ser o filho, ou uma cicatriz), estaria para além de uma singular inscrição privada, e essa é uma hipótese que precisa ser analisada à

luz do mito do amor materno, afinal, o mito não pode ser questionado, mas e sendo?

2.4. ...O mito do amor materno

*Uma mulher que diz que não quer ser mãe é uma mulher...
essa mulher, meu Deus, eu não sei o que é que se passa na
cabeça dela! Etta*

Etta começa sua frase, mas nem mesmo consegue concluí-la de tão inadmissível que lhe parece a mulher que diz não querer ser mãe. De acordo com Badinter (1985, p 15), Etta seria signatária da concepção que faz do amor materno mito, relegando a cultura à condição de epifenômeno e inscrevendo a maternidade e o amor que a acompanha, desde sempre, à natureza feminina. Nesse quadro desenhado por Batinder, uma mulher é feita para ser mãe e toda exceção à norma deve ser analisada em termos de exceções patológicas, um desafio à natureza - anormalidade por excelência.

É nesse sentido que, tomadas pelas considerações realizadas até aqui, as reflexões teóricas desta pesquisa se caracterizaram pela busca da conjuntura mesma a partir da qual o sentido político do visível imediato foi esquecido, enfim, a busca dos sentidos políticos já naturalizados no discurso em torno da criação do sexo (e toda conjuntura a ela subsequente) ou da memória esquecida em cada marca corporal.

Para tanto, buscamos os limites históricos e a condição de funcionamento do mito pela naturalização dos sacrifícios; pelo esforço em apreender o “momento” em que a história, compreendida aqui enquanto fluxo temporal de rituais meticulosos de poder e verdade, tornou-se natureza dada e não construída e, por fim, pela apreensão da genealogia como análise da proveniência, no caso, relativa à articulação do corpo com a história, mostrando “o corpo inteiramente marcado pela história, e a história arruinando o corpo” (FOUCAULT, 2008, p. 267).

Uma vez que, como em Barthes, o mito é compreendido como “um sistema particular, visto que ele se constrói a partir de uma cadeia semiológica que existe já antes dela” (BARTHES, 1999, p. 176), o que se pretendeu ao analisar o mito do

amor materno (ou os valores tradicionais “sagrados” da maternidade) foi desconstruir sua economia tautológica, pela desconstrução dos sentidos políticos erigidos por meio de jogos de poder e da obrigação dos homens e das mulheres “a se reconhecerem nessa imagem de si próprios, eterna e, no entanto, datada, que um dia se constrói como se fora para todo sempre” (Ibid, 1999, pp. 175).

Pode-se dizer, por exemplo, a partir das falas abaixo, que há uma “vontade de verdade” (MACHADO, 1984, p. 85) que, em termos nietzschianos, é a própria crença de que “nada é mais necessário do que o verdadeiro. Necessidade não de que algo seja verdadeiro, mas de que seja dito como verdadeiro”(Ibid, 1984, p. 85).

“...querendo ou não, a mulher se torna mais incisiva em querer aquilo ali porque faz parte da mulher, porque faz parte da genética da mulher, que é ser mãe...” John

Ainda de acordo com tal perspectiva, a questão não seria propriamente a essência da verdade, mas a crença na verdade e, no caso em tela, verdade relativa ao que “é ser” mulher, verdade essa que reafirma a si mesma e se reproduz por meio dos discursos ditos e naturalizados como verdadeiros. Verdades assentadas em dicotomias inconciliáveis por meio de dissensos políticos sendo, pelo contrário, constituídas via naturalização de suas fronteiras (efetiva essencialização das identidades), pela conservação de dualismos e conseqüente reafirmação de exílios.

Com o propósito de explorar a constatada correspondência entre formas específicas de sofrimento e formas específicas do corpo, e o fato da dor e a injustiça terem gênero, como referenciado em Laqueur (2001, p. 27), reproduz-se a seguir uma importante passagem do livro de Mary Del Priore sobre a condição feminina no Brasil colônia:

A presença da impureza moral ou física no quadro da vida conjugal erigia-se então como termômetro para a procriação, fazendo da esterilidade feminina um estigma. Os “desornamentos” tanto podiam atrasar quanto impedir uma gravidez, e estavam associados pelos tratadistas a um castigo de Deus às mulheres lascivas. [...] As mulheres eram mais responsáveis pela esterilidade do que os homens. [...] A necessidade mística de progenera atingia em cheio as mulheres. Comparadas a terras estéreis, humilhadas pelos companheiros e pela comunidade, associadas a mulas [...] Ao inverter o ciclo das gerações, interrompendo as

linhagens, contrariando os ciclos agrícolas e a natureza, à qual seu ciclo deveria comparar-se, a mulher estéril parecia ter o corpo “entupido”, fechado e prisioneiro de forças estranhas.[...] A analogia com animais de grande fertilidade faziam sugerir receitas à base de “sal fixo de ratos e caldo de galho velho”, por conceberem estes roedores “de uma só vez...cinco ou seis ratinhos”. Beber “pelo tempo de três meses água cozida com uma mão cheia de sálvias machucadas” [...] Feijão-fradinho tomado em jejum misturado à água ou ingerir óleo de copaíba, como sugeria João Ferreira Rosa em Pernambuco, no século XVII, “alimpava o útero de sordícies” que atrasavam a concepção. Para fugir ao estigma da esterilidade, elas ainda untavam seus genitais com “esterco de raposa” e “sebo de vaca”, portavam amuletos feitos com “genital de lobo”, dentes de “mínimos” de sete anos, pedras de “águia”, além de rezar a santo Hilário, conhecido por seu “remédio para os casados terem filhos...e afugentar o Demônio”. Grande parte dessas fórmulas caseiras eram realizadas por comadres e parteiras, excluindo a intervenção do médico, que só se tornará decisiva no século XIX, com o avanço da obstetrícia. O que ocorre muito claramente é que, sem ajudar a ter uma compreensão mais científica do corpo feminino e dos mecanismos de procriação, a medicina se aliara à mentalidade que elegera a mulher como algo satânico e, por isso mesmo, misterioso, fazendo do seu corpo um altar para práticas mágicas e incompreensíveis. Dessa forma, tratadistas e médicos acabavam por dar caução à misoginia presente no projeto de colonização, cristalizando o papel feminino da boa mãe dentro de uma concepção moral para procriação (DEL PRIORI, 1995, 167-173).

Ainda que incorra em uma possível violência teórica, há que se tomar a liberdade de lançar mão da analogia utilizada acima (base da episteme da medicina, ou da arte curativa) para dizer que, apesar da possibilidade de identificação sobre se a infertilidade provém do homem ou da mulher, bem como o grau de comprometimento da fecundidade, entre outros diagnósticos, ainda assim tem sido no corpo da mulher que as intervenções (e seus sofrimentos) continuam a ser realizados. Em outras palavras há, de fato, uma inegável diferença entre a episteme de que fala Mary Del Priori e a episteme científica moderna que, todavia, não impede que *sais de rato*, *esterco de raposa* e *sebo de vaca* possam ser comparados aos hormônios humanos (gonadotrofina - resultantes, em princípio, da urina de mulheres ‘menopausadas’ e, mais recentemente, de *hamsters*); nem que

o que é produzido nos quintais ou estábulos possa ser relacionados às pipetas dos laboratórios financiados por multinacionais ou, ainda, que os médicos que fizeram dos corpos das mulheres “um altar para as práticas mágicas e incompreensíveis” (como descrito no texto), possam ser comparados com os especialistas em RA e em seus procedimentos, apesar de que, tecnicamente, seus procedimentos sejam compreensíveis.

Decerto que aqui se utilizou de uma linguagem metafórica para representar, em princípio, as regularidades do objeto, afinal, metaforicamente falando ou não, as mulheres têm sido mais responsabilizadas que os homens pela esterilidade e esse aspecto tem sido ponto comum nas estatísticas e entre as entrevistadas para esta pesquisa. No mais, e ainda que, como apresentado a partir do fragmento a seguir, as mulheres sejam comparadas a terras estéreis, inclusive chegando a serem humilhadas pelos companheiros e pela comunidade, as dispersões do objeto ficam por conta da abertura que a ciência médica propicia, através dos exames diagnósticos, à responsabilização também dos homens (e mesmo sob pena de sua negação por parte deles).

Essa informante, cuja filha nasceu após a quinta tentativa de FIV, e que recorreu à reprodução assistida em clínica privada em função da infertilidade do marido, comenta: “Até porque depois o problema não era mais dele. O problema era nosso porque tinha que pegar em mim (...) eu passei a achar que o problema era eu” [...] “Uma usuária contou a reação do marido nordestino quando lhe falou do exame: “*Me respeite*” [...]; vários médicos se queixavam da falta de colaboração do parceiro [...]; Uma informante, que tinha diagnóstico de ovário policístico desde a adolescência, conta a surpresa do marido diante do espermograma com resultado ruim: “Caramba! É comigo?”[...] “Uma conta que além de ter sido tachada de *imprestável*, ouviu a comparação de uma conhecida que se dizia mais mulher do que ela, porque tivera filhos. Outra foi denominada *mal-amada* por não ter filhos. (LUNA, 2007, p. 69-73).

Em geral, o que está presente nas discussões relativas às TRA, ou o que é regular na dispersão dos discursos relativos à experiência da reprodução medicalizada é o corpo impróprio, defeituoso, doente, passível de melhoramento, tomado pelo estigma da infertilidade, afinal, o que seria a FIV senão a promessa da fertilidade, mesmo que, em princípio, fora do corpo?

Em tais discursos, a mulher tem sido mantida como o Outro, cujo estatuto de inferioridade seria atribuído em deferência ao UM (HARTSOCK, 1990, p. 160)⁷² – o homem.

As qualidades atribuídas a cada um e as suas funções sociais são descritas com o mesmo grau de determinismo das suas funções fisiológicas [...] O corpo masculino é quase sempre descrito como superior em relação ao feminino. Além disso, insiste-se na idéia de que características femininas refletiram a missão passiva que a natureza reservara à mulher, além de uma predestinação à maternidade (ROHDEM, 2001, p. 15).

Esses discursos, tal como os compreendemos neste espaço, “estão na origem de certo número de atos novos de fala que os retomam, os transformam ou falam deles, ou seja, os discursos que, indefinidamente, para além de sua formulação, são ditos, permanecem ditos e estão por dizer” (FOUCAULT, 1996, p. 22).

Do ponto de vista da corrente feminista radical – segundo a qual a tecnologia voltada para reprodução intensifica a dominação do patriarcado através do poder médico (ENGELI, 2009; REIS, 2004) -, esses discursos são identificados como pertencentes aos discursos do pai, ou do logos, aqui traduzido, por discurso do patriarcado, entendido como ideologia sexista “corporificada pelos agentes sociais tanto de um polo quanto de outro da relação de dominação - subordinação” (SAFFIOTI, 2004, p. 126).

Os discursos do patriarcado articulados aos discursos do Biopoder – este poder sobre a vida organizado inicialmente “por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas anátomo-políticas do corpo humano” e, *a posteriori*, pela regulação dos corpos através de uma “série de intervenções e controles

⁷² Nancy Hartsock toma da metáfora de Albert Memmi: *The colonizer and the colonized*, uma analogia com a situação das mulheres como esse “estranho moral” em relação aos homens: “Memmi descreve as fronteiras que criam, ao mesmo tempo, o colonizador e o colonizado, como aquelas que destroem ambas as partes, embora de modos diferentes. Ele desenha o retrato do outro assim como é descrito pelo colonizador, e o colonizado emerge com a imagem de tudo aquilo que o colonizador não é. Toda qualidade negativa é projetada sobre ela/ele [...] A humanidade do outro torna-se “opaca”. Colonizadores podem freqüentemente fazer comentários como “você nunca sabe o que eles pensam”. “Eles pensam? Ou eles agem de acordo com a intuição”. Memmi assinala ironicamente que o colonizado era freqüentemente visto como o estranho, visto muito misteriosamente e de forma opaca mesmo depois de muitos anos de convivência com o colonizador.

reguladores através de uma bio-política da população” (FOUCAULT, 1988, p. 151-152) tem exercido sobre a sociedade e indivíduos, através das instituições (família, exército, escola, polícia, medicina, justiça, igreja), a reprodução de biomoralidades sexistas, afinal, “do mesmo modo que as *relações patriarcais*, suas hierarquias, sua estrutura de poder contaminam toda sociedade, o *direito patriarcal* *perpassa não apenas a sociedade civil, mas impregna também o estado*” (SAFFIOTI, 2004, p.127).

Tais discursos dizem respeito ao nexos das regularidades que regem a dispersão do objeto, ou seja, seria o lugar mesmo “onde se forma ou se deforma, onde aparece e se apaga uma realidade emaranhada – ao mesmo tempo superposta e lacunar – de objetos” (FOUCAULT, 2010, p. 54). Eles – os discursos – são práticas regidas por regras que formam sistematicamente os objetos de que falam e estão nas entrelinhas da realidade de tais objetos o que, segundo Foucault, é preciso fazer aparecer, é preciso descrever.

O que tem acontecido atualmente, por exemplo, em termos de poder, para além de tais ações voltadas para “gerir vida”, são ações com a finalidade de “gerar vida” (REIS, 2004, p.29), ou seja, “a vida já não pode mais simplesmente ser pensada como resultado de uma reprodução. A vida agora passa a ser produzida” (FERREIRA, 2002, p. 223). Nessa nova configuração social, “um projeto de engenharia que, levando o reducionismo mecanicista às últimas consequências” (Ibid, p.29) se utiliza das biotecnologias incorporando e reforçando “as novas relações sociais para as mulheres do mundo inteiro” (HARAWAY, 1993, p.262).

Os discursos, ou nexos das regularidades que regem a dispersão do objeto, qual seja, a verdade em torno da RA, tem sido identificada, primeiro, a partir dos estímulos à busca pela satisfação de um desejo justificados pela existência de uma tecnologia acessível, eficaz, inócua, capaz de suprir as “deficiências da natureza”, reforçando a valorização dos laços genéticos na procriação a fim de resolver os problemas das pessoas, além de propor outras novidades em tese possibilitadas por ela, como a escolha do sexo de bebês (CORRÊA & LOYOLA, 1999, p. 214).

Além disso, tal regularidade pode ser identificada também por uma espécie de estratégia do patriarcado na disputa pelo poder através do “controle e do medo,

atitude/sentimento que formam um ciclo vicioso” (SAFFIOTI, 2004, p. 121) - medo do estigma, o medo de perder o companheiro, o medo de ser uma “árvore seca”.

As mulheres falam que eu virei uma mulher seca, que eu sequei, que sou uma flor que murchou. A própria mãe disse que ela era “como pé de figueira que não dá mais figo”. (LUNA, 2007, p.69).

Nesse contexto, o corpo feminino se encontra na exata intersecção do “desejo natural” da reprodução e da “fertilidade construída” e, assim, o que seria a (promessa da) quebra de binômios ou da lógica falocêntrica, e ascensão de um mundo pós-gênero, cai na velha política de gênero definida através da natureza dos sexos.

Constituir-se enquanto *Cyborg*, ou organismo cujas funções corporais são modificadas/transformadas/simuladas pelas tecnologias (LYKKE, 2003, p. 15), não implica deixar de ser concebido enquanto “inerentemente defeituoso e, perigosamente, sob a influência da natureza”, como têm sido considerados os corpos femininos que, por sua imprevisibilidade e sua monstruosidade ocasional, demandariam uma constante manipulação pelos homens (Merchant apud DAVIS-FLOYD & R.; DUMIT, J, 1998, p. 4). Pelo contrário, o corpo feminino está sempre, e cada vez mais, na iminência de ser controlado pela ciência médica cujo “papel torna-se cada vez mais fundamental” e onde “Médicos e cientistas não só fornecem dados para o debate ideológico, como também emprestam o seu prestígio em ascensão” (ROHDEM, 1998, p.130).

Em vários tratados acerca do parto, tais como *A treatise on the theory and Practice of Midwifery*, recomenda-se ao jovem obstetra que cuide do corpo feminino (corpo imprevisível, sempre na iminência do defeito, do mal funcionamento) do mesmo modo que um mecânico trataria de uma máquina. Apenas desse modo, garantir-se-ia um produto final, um bebê de boa qualidade [...] O processo através do qual o corpo feminino passa a ser representado como uma máquina, a ser monitorada e controlada, e o bebê como um produto a ser aperfeiçoado pela interferência de uma obstetrícia cientificamente fundamentada, deve ser compreendido como uma transferência de poder político. Espera-se que a ciência civilize a natureza, que nada seja deixado ao sabor

imprevisível do feminino, do natural. Por isso mesmo a concepção moderna de uma política centrada no corpo tenderá a produzir cismas metafísicos clássicos, tais como, corpo e mente, natureza e cultura, mundo mecânico e mundo transcendente (FERREIRA, 2002, p. 233).

Dessa forma, o que seria de uma natureza (feminina) deveria passar por provações para afirmar-se enquanto tal numa cultura em que a natureza - e o filho biológico – ainda se constituem em discursos hegemônicos, e é aí que identificamos um caminho para compreensão da resistência ao termo sacrifício como sendo aquilo que é feito pelas mulheres quando estas se submetem à FIV. Afinal, o que seria o sofrimento para as mulheres?

As tentantes, geralmente reconhecidas pelo sofrimento psíquico que vivenciam, identificam-se no contexto da FIV não com a doença mental que as situações trágicas possam vir a suscitar, mas pela exigência de bem-estar (SARTI, 2009, p. 100) e, nesse sentido, Cynthia Sarti expõe as polêmicas ideias de Eliacheff & Larivière acerca da condição da vítima na contemporaneidade: “Neste contexto, toda pessoa que sofre pode se reivindicar ‘vítima’ e ser considerada como tal: sofrer é uma injustiça, e não sofrer deve ser um direito”⁷³.

A conclusão ou a questão que a autora deixa em seu artigo ao citar também Koltai (2002), segundo a qual “vivemos em uma sociedade que parece não suportar indivíduos que sofrem, razão pela qual o sujeito contemporâneo, ao tentar sarar essa doença mortal que é a vida, cada vez mais se transforma em vítima”, é que diante das “demandas infinitas de um sem-número de identidades particulares que lhes dão base, todas ancoradas no que reivindicam como seus ‘direitos’”, onde ficaria o outro?

O que supomos é que, no contexto da FIV, o outro é a própria mulher cujo direito reivindicado tem sido o direito de sofrer para não ter que sofrer mais. Seria a reivindicação pelo direito à negação do incompreensível do presente pela

⁷³ Dans ce context, toute personne qui souffre peut se revendiquer ‘victime’ et être considerée comme telle: la souffrance est une injustice, ne pas souffrir devient un droit”. Citado em: SARTI, Cynthia. Corpo, Violência e Saúde: a produção da vítima. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana. ISSN 1984 -6487/ n. 1 - 2009 - pp. 100.

impossibilidade do filho num contexto em que existe a oferta das tecnologias para tal. A lógica seria que, uma vez que tais tecnologias existem e são ofertados como bens de consumo, estes devem ser consumidos, ou ainda, se deve ter direito a esse consumo.

Betty Friedan, quando se propôs tratar o que ela denominou “Mística feminina”, o fez pela consideração da posição ocupada e reproduzida pelas mulheres numa sociedade mobilizada pelo consumo, mais do que de produtos, de um estilo de vida “feminino-perfeito” ancorado na seguinte imagem resumida a seguir:

A dona de casa dos subúrbios tornou-se a concretização do sonho da americana e a inveja, dizia-se, de suas congêneres do mundo inteiro. A dona de casa americana, libertada pela ciência dos perigos do parto, das doenças de suas avós e das tarefas domésticas, era sadia, bonita, educada e dedicava-se exclusivamente ao marido, aos filhos e ao lar, encontrando assim sua verdadeira realização feminina. Dona de casa e mãe, era respeitada como companheira no mesmo plano que o marido. Tinha liberdade de escolher automóveis, roupas, utensílios, supermercados e possuía tudo o que a mulher jamais sonhou (FRIEDAN, 1971, p. 19).

Como nos fala Ramírez-Galvez (2009, p. 87), a ideologia do consumo, que associa a ideia de inclusão, de sensação de “bem-estar” e “felicidade” ao ato de consumir, expande seus serviços no campo da manutenção e/ou recuperação da saúde no qual assumem o valor de “mercadorias” submetidas às leis de mercado. Dessa forma, a combinação de tecnologias biomédicas e ações de mercado, como pode ser ilustrado no fragmento a seguir, permitiu o rápido surgimento de formas imprevistas e incontroláveis de comercialização das funções reprodutivas, mas também, e paradoxalmente, a negação da tragédia da vida através de outras modalidades de sofrimento e sacrifícios, afinal, “a apropriação da infertilidade familiar pela medicina tende a reeditar a norma do dever de procriar, já que a fertilidade artificial torna-se disponível como mercadoria” (SCAVONE, 2004, p. 96).

Capítulo 3 - Ser mãe é padecer no paraíso – discursos, etnografia e o problema da verdade.

“Então ser mulher para mim é isso: é abdicar. Por isso que é ser uma heroína. É abdicar de sua vida pela vida dos filhos, pelo bom casamento, é abdicar às vezes até dos seus próprios sonhos...”.Ella

Considerando que as vivências corporais e emocionais das biotecnologias da reprodução estejam marcadas pelas situações-limite de sofrimento e sacrifícios protagonizados principalmente pelas mulheres, torna-se condição compreender pelo quê essas mulheres sofrem e em nome de quê realizam sacrifícios, ou seja, suas motivações. A partir de treze mulheres que buscaram a FIV para engravidar, entre as quais três acompanhadas desde as primeiras injeções de hormônios até o teste de gravidez (e que foram entrevistadas para esta pesquisa), foi possível constatar o sofrimento e sacrifícios corporais, emocionais e materiais vividos e, mais que isso, identificados pelas próprias tentantes, senão a partir de alusões diretas, quanto através da identificação por meio das descrições realizadas durante as entrevistas.

O contato com esses casos só foi possível pela disponibilidade das mulheres – cujas identidades foram protegidas através de nomes fictícios - em falar sobre suas experiências, dolorosas experiências relatadas, em geral, com muita verdade, sentimento e, em geral, desejo de fazê-las tornarem-se conhecidas (principalmente em relação às mulheres cujas tentativas foram realizadas em clínicas particulares e a partir das quais o relato das experiências de solidão foram mais recorrentes).

Essas mulheres compartilham o protagonismo de um campo de formações discursivas em torno da feminilidade e da reprodução que, em articulação com os discursos da ciência médica, da indústria médico-farmacêutica e do Estado, constituem-nas em sujeitos da fertilidade a partir de “um certo número de práticas, de relações possivelmente existentes entre a constituição do sujeito ou das formas de sujeito e os jogos de verdade e práticas de poder” (FOUCAULT, 2006, p. 274).

Tem sido através das técnicas, a exemplo da FIV, que o campo de negociação política em torno dos sentidos relativos à natureza e à cultura, mas também feminilidade e reprodução, tem se tornado explícito, afinal, “como o espaço de natureza tem sido desestabilizado e reestabilizado pelas práticas relacionadas às novas tecnologias reprodutivas?”⁷⁴. Isso quer dizer que “falas, relatórios, manifestos, acontecimentos históricos, entrevistas, documentos públicos, ideias, estruturas organizacionais, etc. – definidos a partir de registros, escritos, visuais ou sonoros” (BURITY, 2007, p. 78) se articularão àquilo que Burity denomina *estrutura narrativo-conceitual* da Teoria do Discurso. Ou seja, partimos para uma análise dos dados por meio de uma imprescindível articulação entre recursos linguísticos e extra-linguísticos. É nesse sentido que as técnicas implicadas no processo de FIV, por exemplo, seriam consideradas extra-linguísticas, enquanto que as falas de médicos e depoimentos de tentantes seriam considerados linguísticos.

Em termos foucaultianos, chegaríamos à conexão entre elementos heterogêneos, ao cruzamento das estruturas institucionais e das práticas institucionais, enfim, ao *dispositivo*, como

conjunto decididamente heterogêneo, que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições científicas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo (FOUCAULT, 2002, p. 43)

Para chegar às formações discursivas entendidas aqui enquanto regularidade na dispersão (LACLAU & MOUFFE, 1985, p. 143) e responder como manifestam e potencializam discursos hegemônicos de feminilidade e reprodução, pela suposição de que a “hegemonia supõe o caráter incompleto e aberto do social, que só pode constituir-se em um campo dominado por práticas articulatórias” (Ibid, 1985, p. 178), a investigação lançou mão dos seguintes recursos metodológicos: a análise das especificidades dos discursos das mulheres tentantes, mas também do Estado, da ciência médica e da indústria médico-farmacêutica, a fim de compreender suas articulações; registro e análise, a partir de entrevistas em

⁷⁴ FERREIRA Novas tecnologias reprodutivas: a negociação política dos limites entre cultura e natureza. 2009. In: <http://quecazzo.blogspot.com.br/2009/11/novas-tecnologias-reprodutivas.html> [acesso em 15/11/2009].

profundidade, dos discursos das mulheres (e maridos) que buscaram e fizeram a FIV nos serviços particulares e públicos da cidade de Recife, considerando a relação que possuem ou passam a travar com a reprodução e consigo (corpos e subjetividade) à luz do processo de medicalização. Além disso, a partir da noção de dispositivo já referenciada, analisamos os discursos que irromperam na medida em que o acesso ao complexo médico-hospitalar tornou-se disponível.

Para alcançar tais objetivos, segue com maior descrição no decorrer deste capítulo, os três segmentos da pesquisa, quais sejam: as entrevistas semi-estruturadas realizadas com as mulheres que fizeram FIV (que conseguiram ou não engravidar) e companheiros/maridos; a análise documental (relativo aos documentos médicos e do Estado); e, por fim, a realização de relato etnográfico a partir do serviço público de RA – Reprodução Assistida, sediada no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP.

3.1. Sobre as entrevistas

O contato com as mulheres que participaram das entrevistas aconteceu de formas diversas. No primeiro caso, aquelas atendidas no serviço público foram abordadas ainda na recepção do setor de RA do IMIP através de conversas ou, mesmo, por indicação das profissionais (enfermeiras, recepcionista) que, dispostas a ajudar, diziam, discretamente, quem estava começando o processo de FIV naquele período.

Três mulheres foram acompanhadas desde as primeiras orientações, injeções, punções e transferência, até o teste de gravidez e concederam seu tempo e disponibilidade às entrevistas em profundidade, desenvolvidas a partir de questões semi-estruturadas (apêndice 2).

No segundo caso, relativo às mulheres que realizaram FIV em clínicas particulares, em princípio acreditou-se ser possível entrar em contato com elas através das próprias clínicas. No entanto, dado que as tentativas de aproximação com os/as especialistas através de telefonemas e e-mails disponibilizados em seus sites, ou nos sites SBRH e SBRA e, ainda, Red Latioamericana de Reprodução

Assistida - REDE, não resultaram em sucesso. Dessa forma, os primeiros contatos com as mulheres tentantes que realizaram FIV em clínicas particulares foram possíveis por meio da comunidade virtual Orkut⁷⁵, mais especificamente através das comunidades do Orkut ligadas à FIV: “Mães por Fertilização in vitro” e “FIV realizando sonhos”.

As mulheres identificadas em tais comunidades como sendo de Recife (pelo menos cinco) foram convidadas à participação em possíveis entrevistas, sendo que apenas uma delas consentiu. A partir dela outra mulher foi entrevistada e, assim, o Orkut se mostrou um eficiente instrumento ao possibilitar duas importantes entrevistas ainda na fase exploratória do campo de pesquisa.

Paralelamente, a comunicação aconteceu também através de endereços eletrônicos disponibilizados em matérias de jornais⁷⁶, blogs (identificados aleatoriamente na internet) e através da velha propaganda boca-a-boca (entre amigos e pessoas conhecidas). Caso inusitado foi que uma das mulheres – que tomou conhecimento da pesquisa no espaço da Universidade - se prontificou a relatar sua experiência.

Ao todo foram entrevistadas 13 mulheres, sendo que sete foram realizadas com aquelas atendidas em clínicas particulares de RA, e seis com aquelas atendidas em serviço de RA financiado pelo SUS. É importante considerar que o encontro com as informações obtidas através das mulheres que realizaram a FIV em clínicas particulares foi marcado pela não sincronia entre suas vivências e os discursos produzidos de modo mais analítico por parte delas, permitindo que as informações tivessem um caráter mais denso, analítica e criticamente falando.

⁷⁵ O Orkut, de acordo com a Wikipédia, é uma rede social filiada ao Google, criada em 24 de Janeiro de 2004 com o objetivo de ajudar seus membros a criar novas amizades e manter relacionamentos. O Orkut ainda era uma rede social de grande acesso em 2008/2009 (período da fase exploratória desta pesquisa) e dispunha de comunidades focadas no tema da reprodução assistida, entre elas a comunidade “Mães por Fertilização in vitro” (que, apesar de estar no ar em 06/06/2009 com 1.237 integrantes, não existia mais no mês 10/2009) e a comunidade “FIV realizando sonhos” que, em 06/06/2009, tinha 1.474 integrantes, e no mês 10/2009, possuía 1.615 integrantes.

⁷⁶ Uma dessas matérias foi publicada pelo jornal Diário de Pernambuco em 2009 sob o título: Brasil engatinha no debate sobre a reprodução assistida – Congresso Nacional trabalha sem consenso e a passos lentos para regulamentar a prática, mas brasileiros parecem alheios ao impacto dessa regulamentação.

Por outro lado, houve uma sincronia entre o momento da realização das entrevistas e as tentativas ou as vivências dos processos relativos à FIV entre as mulheres atendidas pelo SUS, o que possibilitou a apreensão dos discursos produzidos concomitante às reações físicas e emocionais mobilizadas pelas etapas da técnica de FIV. A sincronicidade que marcou o encontro com as tentantes do serviço financiado pelo SUS propiciou a realização de entrevistas também com alguns maridos/companheiros (quatro, no total) que as acompanhavam na recepção do serviço de RA do IMIP.

Em princípio, os homens que estavam do setor de RA do IMIP tinham que se fazer presentes em pelo menos três situações: na primeira consulta; no momento da obtenção do esperma (fosse por meio de punção, fosse por meio de masturbação); e, ainda, no momento da transferência embrionária. Afora o sentimento de obrigação no caso de alguns, outros participavam mais ativamente do processo (por ter mais tempo livre, ou por ter se organizado para tê-lo), fosse aprendendo a aplicar as injeções de hormônios, fosse acompanhando diariamente as ultrassonografias de controle dos folículos ou apoiando suas esposas em decisões difíceis, tais como continuar tentando, ou não, após insucessos.

Esse certamente poderia ser também o quadro-resumo da presença masculina nos casos das mulheres que realizaram FIV em clínicas particulares e cuja imagem pôde ser construída, principalmente, pelas mulheres a partir de seus discursos. Grosso modo, poderíamos afirmar, entre outras coisas, que a maioria dos maridos das tentantes entrevistadas participou ativamente do processo vivido por suas esposas, que apenas um agiu como que por obrigação do início ao fim das tentativas; que uns poucos se envolveram mais, na medida em que tomaram conhecimento que também tinham parcela de “responsabilidade” (limitações biológicas) na impossibilidade do filho biológico; que outros se preocuparam com questões mais pragmáticas, a exemplo de questões financeiras ou burocracias, e assim por diante.

3.2. Tentantes - perfil

Considerando que a identidade de um sujeito tão múltiplo e contraditório é, portanto, sempre contingente e precária, temporariamente fixa na intersecção dessas posições de sujeito e dependente de formas específicas de identificação (Mouffe, 1996, p.105), um aspecto unifica, ou circunstancialmente torna essas mulheres (e também homens) tentantes como uma categoria passível de análise: a busca pela satisfação de um desejo, a busca pela maternidade biológica através da FIV.

Cada uma ao seu jeito expôs sua própria trajetória, ora no que tange ao acesso aos serviços de reprodução assistida, ora no enfrentamento de diagnósticos e procedimentos e/ou na lida com o luto, consequência tanto de resultado negativo de gravidez, quanto de resultado positivo inesperado – gravidez quadrigêmea, por exemplo, e prováveis sequelas de nascimentos prematuros.

Uma por uma, um por um, serão apresentadas/os as/os tentantes e as experiências que as/os diferem uns dos outros.

1. NINA, uma mulher comunicativa, extremamente inteligente e bem informada quanto ao que seria a FIV, foi a primeira mulher entrevistada, em meados de 2009, inclusive antes da inauguração do primeiro centro de Reprodução Assistida em Pernambuco financiado pelo SUS, que aconteceu apenas no segundo semestre desse mesmo ano. Ela tentou engravidar por um período de 3 anos até recorrer à FIV. Fez apenas uma tentativa, em serviço privado de RA, e aos 35 anos engravidou.

De acordo com Nina, sua trompa era obstruída e também tinha problemas com as células linfáticas (células responsáveis pela manutenção do embrião no útero) decorrente de radioterapias excessivas na adolescência. Uma vez que teria engravidado por três vezes naturalmente, sem intervenção médica ou de medicamentos, e abortado espontaneamente nas três tentativas, sua dificuldade era, fundamentalmente, “segurar” a gravidez, o que lhe conferia o status, segundo ela mesma, de “meia mulher completa”. Fez referência à presença constante do marido, mas também às diferentes perspectivas assumidas pelos dois quanto ao

que considerariam início e fim de vida. O marido não considerava que os embriões excedentes congelados já eram vida, e ela vivia o dilema do que fazer com eles, já que os considerava seus filhos.

Durante a entrevista, Nina demonstrou grande conhecimento sobre a FIV, bem como controle sobre as probabilidades de sucesso da técnica. Em que pese o conhecimento que detinha, não conhecia ou se preocupava com os riscos, nem tinha conhecimento, por exemplo, acerca da quantidade de óvulos que havia produzido. Falou que as mulheres que fazem FIV são invisíveis, referindo-se à ausência de um aparato por parte do Estado relativo à situação das mulheres que não conseguem engravidar, e fez muita referência às condições de vulnerabilidade emocional em que as mulheres se encontram quando buscam FIV.

Nina me recebeu em sua casa num dia de sábado e estava muito disposta a conversar, apesar de ser constantemente requisitada pelo marido, pelo filho (fruto de uma FIV) e pelos telefonemas que aconteceram no momento da entrevista. Ela estava com 40 anos, tinha o ensino superior completo, estava desempregada (e estudando para concurso), era casada, morava em Recife com o marido e o filho, e não possuía religião (embora simpatizasse com a espírita kardecista). Afirmou que, não fosse o filho já nascido, ela passaria por todas as experiências de sofrimento e sacrifícios pelas quais passou.

2. ETTA foi minha segunda entrevistada. Apesar de trabalhar durante todo dia, mostrou-se bastante disposta a conversar sobre sua experiência. Seu filho (fruto da FIV) corria e brincava pela casa e, aos poucos, ela contou que, aos 39 anos, casou-se virgem com um homem de 50 anos, já pai de quatro filhos e vasectomizado que pediu divórcio logo após o nascimento da criança. Disse que aos 40 anos, ano 2000, tentou a FIV pela primeira vez. Embora tenha tentado a fertilização por sete vezes (de 2000 a 2004) numa clínica particular, não demonstrou conhecimento acurado acerca da técnica, ou suas consequências. Fez muitas referências ao frágil estado emocional em que se encontrava durante todo processo, bem como à dor física e marcas decorrentes das muitas injeções de hormônios tomadas ao longo das sete tentativas.

De modo genérico, Etta afirmou que o médico induzia à produção do máximo de óvulos possível e que, no seu caso, tal indução teria resultado em 15 a 20 óvulos. Na primeira vez engravidou de trigêmeos, mas aos quatro meses passou por um aborto espontâneo e só veio engravidar novamente na última vez, quando teve cinco embriões transferidos para seu corpo. Apenas um dos embriões vingou e, logo após o nascimento do filho, ela e o marido se separaram. Ela tem criado o filho, segundo suas próprias palavras, como mãe solteira.

Foi Etta quem expressou que não conseguia entender uma mulher que não quisesse ser mãe e não sabia dos riscos por que passou durante as tentativas. Etta, no momento da entrevista, tinha 44 anos, ensino superior completo, era uma profissional bem sucedida (inclusive trabalhara durante toda gestação em sua última gravidez), estava divorciada e morava em Recife apenas com o filho e a empregada doméstica. Afirmou que, caso fosse preciso, faria tudo novamente, apesar de todo o relato de sofrimento emocional e físico decorrente, principalmente, das injeções de hormônios e, ainda, apesar de ser a favor da adoção.

3. ARETHA, assim como Nina e Etta, tinha certeza de que queria ser mãe. Com a descoberta de que tinha atrofia no sistema reprodutor e um desequilíbrio hormonal ocasionado por um tratamento de câncer, aos 28 anos (ano 2006) começou a buscar engravidar através de FIV e tentou quatro vezes (duas no ano de 2006 e duas no ano de 2007), todas em clínica particular. Uma das vezes (meio de 2007) recorreu ao útero de substituição, mas não teve sucesso. Pelo que foi entendido (já que as informações pareceram desencontradas), teria tentado outras vezes não fosse o fato de se sentir extorquida pelas pessoas com as quais entrou em contato para substituírem seu útero. Quando entrevistada, não tinha por planos a adoção, embora não descartasse completamente tal possibilidade para o futuro.

Talvez porque ela abordara um tema ilegal (ou que levava a crer que esse era o caso por envolver pessoas que não tinham relações primárias de parentesco - pois não se tratava de irmã, mãe ou sogra), suas respostas pareceram por vezes escorregadias. O exemplo mais cabal esteve em que Aretha não quis expor a identidade das três mulheres as quais fez referência como sendo aquelas que

sabiam de sua luta para ser mãe e que seriam “voluntárias” para realizar útero de substituição. Uma delas trabalhava em sua casa há 18 anos, e quando perguntada se era a empregada doméstica, ela disse que sim e corrigiu a si mesma dizendo que não, que se tratava da massagista.

Aretha fez muita referência ao esgotamento físico e emocional durante a FIV, e veio a desistir de engravidar ou de um filho biológico após sua recente separação. Ela foi contactada para essa entrevista através de seu blog que, entre outras coisas, demandava a legalização da barriga de aluguel no Brasil. Durante a entrevista, utilizou o argumento liberal de autonomia das mulheres sobre seus corpos, exemplificando que na Índia as mulheres têm autonomia para, inclusive, alugarem seus corpos e que o Brasil precisava acompanhar esse processo. De acordo com as informações dadas, Aretha foi a tentante que somou a maior quantidade de gastos em torno das tentativas, isso porque, entre outras coisas, embora todas elas tenham sido realizadas em Recife, chegou a buscar serviços de RA na região sudeste. No momento da entrevista, Aretha estava com 34 anos, divorciada, morava em Recife, tinha ensino superior completo e sua religião era espírita kardecista. Apesar de todo relato de esgotamento físico e emocional, disse que poderia vir a tentar novamente a FIV.

4. JANIS tentou engravidar durante um ano ou um ano e meio e sua primeira tentativa com FIV se deu aos 33 anos (ano 2009) numa clínica particular. Foi a entrevistada que menos demonstrou pesar, ou ansiedade, ou tristeza, ou qualquer outro sentimento semelhante ao expresso pelas demais tentantes com o processo da FIV. Ela disse ter produzido 17 folículos, dentre os quais nove tornaram-se óvulos maduros, e geraram três embriões que foram transferidos para seu útero, embora sem sucesso.

Não relatou nenhum tipo de efeito colateral e disse que o momento mais doloroso de sua experiência foi não ter tido nenhum tipo de atenção pela médica responsável pela FIV quando recebeu o resultado negativo do teste de gravidez.

Janis relatou que a possibilidade da adoção já era descartada, pois as experiências já vistas (de adoção) não teriam sido boas e, principalmente seu marido, não cogitava essa possibilidade em hipótese alguma.

No momento da entrevista, Janis estava com 34 anos, morava em Recife, trabalhava, estudava (fazia uma pós-graduação), estava casada e fazia novos exames para uma segunda tentativa de FIV. Interessante perceber nos bastidores das entrevistas o quanto os caminhos dessas mulheres se cruzam. Ao se decepcionar com a ausência da médica após o procedimento sem sucesso, Janis mudou de médica e buscou, por recomendações diversas, aquela de quem Amy (próxima tentante a ser apresentada) teria se afastado pelos mesmos motivos, ou seja, teria ficado com o sentimento de abandono pelos/as especialistas após as tentativas frustradas.

5. AMY - a ausência de um *feedback* por parte da médica ao final da tentativa por FIV, isso também foi motivo de estranhamento e grande tristeza por parte de Amy que, em princípio, não se pensava fértil e, talvez por isso, não pensava que poderia ser mãe (e isso não a afetava até que um decidiu tentar).

Quando Amy tinha 20 anos, um médico cometeu um erro médico ao perfurar seu útero e, sem assumir o erro, dissera-lhe: “você tem um útero de merda”. Sua mãe teria corroborado a fala do médico e, assim, ela passou a entender sua infertilidade como sendo uma construção em que, em princípio, pesou a opinião médica e, segundo, uma maternidade que estaria atrelada à mortalidade materna presente em seu histórico familiar. Sua avó teria morrido no momento do parto e sua mãe quase morrera por ocasião de seu nascimento.

Com a terapia (psicanalítica), com o casamento e com a satisfação de sua vida profissional, tentou a FIV uma única vez aos 37 anos (2005). Descobriu com os exames que não tinha problemas em seu útero (para o qual foram transferidos quatro embriões), mas sim trompas obstruídas.

Amy não conseguiu engravidar e realizou críticas à sua própria experiência com a FIV abordando quão sofrido foi todo o processo e o quanto continuar tentando teria sido, segundo suas palavras, indigno. Após o luto da primeira tentativa sem sucesso, Amy recorreu à adoção, na qual se sente realizada como mãe adotiva. Tomou conhecimento da pesquisa em um evento na UFPE e se voluntariou em ser entrevistada por achar que a experiência das mulheres que passam pelas biotecnologias para engravidar é muito solitária e a pesquisa seria

uma forma de visibilizar essa experiência. Inclusive ela foi a primeira entrevistada que considerou a possibilidade de ter tido um hiperestímulo, uma vez que produziu 20 folículos.

No momento da entrevista tinha 43 anos, morava em Recife, trabalhava, tinha doutorado, estava casada e tinha dois filhos adotivos. Não tentou mais após o primeiro fracasso e não tentaria a FIV novamente. O caso de Amy foi aquele que mais marcou, pois ela conseguiu renegociar os sentidos do luto pelo filho ou pelos gêmeos que não nasceram, mas mais que isso, resignificou a presença do filho biológico em sua vida e, posteriormente veio a buscar a adoção. O quinto capítulo desta tese tem muito de Amy, pois em que pese o sentido científico mais ortodoxo de neutralidade axiológica (cuja ortodoxia certamente não é o sentido elementar desta pesquisa), ela, em minha percepção mais subjetiva, me parecia tudo aquilo que desejei a cada sofrimento que presenciei – que as tentantes pudessem ser felizes, apesar do luto incontestado pelo filho biológico.

6. BILLIE disse que sempre quis ser mãe e casou-se para ser mãe, assim como grande parte das tentantes. Tentou a FIV pela primeira vez aos 32 anos. Embora estivesse cadastrada, segundo ela, desde 2005 no IMIP, sua primeira tentativa ocorreu em 2008 numa clínica particular por meio do *Programa Acesso*⁷⁷ (voltado para pessoas de baixa renda e ligado à Merck Serono), quando foram transferidos quatro embriões para seu útero. Nessa primeira tentativa, nenhum deles teria vingado.

No ano de 2009, Billie passou por uma frustrante tentativa de adoção de um filho que “estava para chegar”, em que tudo (enxoval, leite materno, etc.) estava preparado para recebê-lo. No entanto, a mãe biológica da criança – que era uma “moradora de rua” – teria desistido da “doação”, pois não conhecia Billie e, além

⁷⁷ Segundo a descrição do site, o “Programa Acesso é um programa de acompanhamento e suporte Merck Serono em fertilização, destinado aos casais sem condições financeiras de arcar com um tratamento de fertilidade. É um programa de inclusão, não é gratuito, e, desde sua criação, já permitiu a milhares de famílias a oportunidade de realizar o sonho de ter um filho. Os pacientes aprovados no programa têm à disposição medicamentos a preços especiais e descontos nos honorários médicos, permitindo, assim, aos casais sem condições financeiras realizar o tratamento da infertilidade”. <http://www.vidalink.com.br/acesso/> [acesso:04/08/2011].

disso, morava distante, o que a impediria de poder acompanhar o crescimento do menino (e isso era importante para ela, que já teria dado outros filhos para pessoas conhecidas ou que moravam em lugares de fácil acesso). Tanto no caso de Amy (que adotou duas crianças), quanto no caso de Billie (que quase chegou a adotar), havia a presença de outras duas mulheres muito pobres (as mães biológicas das crianças) sem condições financeiras de criar seus filhos.

Em 2010, depois de não ter mais esperanças e ter “descido ao fundo do poço”, finalmente o IMIP sinalizou positivamente. Transferiram dois embriões (diferente da clínica particular) e, no momento da entrevista, Billie estava grávida. Reencontramos-nos por acaso na recepção do IMIP em 2011 e Billie estava visitando as/os profissionais do setor de RA com seu bebê no colo e com o marido ao lado (como esteve em todo o processo).

Billie, tanto quanto seu marido, tinha problemas orgânicos para reproduzir. Ela com sequelas de endometriose e com apenas uma trompa; seu marido com pouca produção ou produção comprometida de espermatozoides.

No momento da entrevista, Billie estava com 34 anos, seguia a religião católica, tinha o ensino médio, estava casada e não estava trabalhando.

7. ELLA foi entrevistada na semana em que ganhou do Estado um medicamento necessário à sua criança que, por ter nascido prematura por ocasião de uma pré-eclampsia, aos seis meses, de uma gravidez bigêmea, ficou com sequelas respiratórias, enquanto a outra criança não conseguiu sobreviver.

Ella tentava engravidar desde os 25 anos, recorreu à FIV uma única vez em 2010, aos 32 anos, e conseguiu engravidar após dois embriões terem sido transferidos para seu útero, consequentes da produção de 32 folículos resultantes da estimulação ovariana. Realizou sua tentativa em uma clínica particular e expôs, através de um relato muito emocionado, a perda de uma das crianças, o sofrimento físico e emocional pelo qual passou, bem como as mudanças corporais decorrentes do uso dos hormônios e a importância da presença do marido, que teria aguentado todas as suas oscilações de humor.

Ella falou muito chateada da pressão de familiares e amigos, quando recorrentemente era questionada sobre engravidar e ter filho, e do quanto isso

tornou sua experiência com a dificuldade de engravidar ainda mais difícil ou um “inferno”. No momento da entrevista, Ela estava com 32 anos, trabalhando, tinha mestrado, era casada, tinha um/a filha/o biológica/o e seguia a religião espírita kardecista. Pensava na possibilidade de engravidar novamente, mas só se não houvesse risco de uma pré-eclâmpsia grave. Caso contrário, seu segundo filho seria adotivo.

8. BESSIE se pensava fértil pelo histórico das mulheres de sua família, que sempre apresentaram facilidade em engravidar, mas quando tentou engravidar descobriu que tinha endometriose e ovários policísticos. Não tinha a gravidez por objetivo, desejo, necessidade ou vontade, até que casou em 2006 e tentou a FIV pela primeira vez em 2008 por insistência do marido. Engravidou de quadrigêmeos na primeira tentativa. No momento da entrevista, tinha apenas um filho vivo e com sequelas do nascimento prematuro aos seis meses.

Tentou a FIV uma única vez aos 40 anos, estava com 43 anos no momento da entrevista, tomava remédio psiquiátrico controlado, estava emocionalmente abalada ao ponto de chorar ainda na leitura do TCLE. Mãos trêmulas, voz frágil, Bessie foi a tentante que mais mobilizou um sentimento de compaixão, pois ela precisava realmente ser ajudada. A entrevista de Bessie foi aquela que foi mais resistida em ser transcrita, pois me senti emocionalmente envolvida com ela na medida em que ela me fez sentir como sua tábua de salvação durante algumas horas numa tarde qualquer de abril de 2011.

Ela tentou me integrar o máximo que pôde em sua realidade. Fez questão de mostrar o quarto que havia sido reformado para receber quatro bebês, mas abrigava apenas um; levou-me de carro à creche em que seu único filho, que sobreviveu, estava se socializando com outras crianças por orientação de profissionais; fez questão que eu andasse pelos corredores da creche a fim de me apresentar seu pequeno e frágil rebento e fez-se completamente disponível para o que eu precisasse. Quase um ano depois da entrevista, tentei falar com Bessie, mas a empregada doméstica de sua casa informou que ela estava trabalhando. De alguma forma entendi que Bessie estava retomando sua vida e fiquei feliz por isso.

No momento da entrevista, Bessie estava casada, tinha um filho, tinha ensino superior completo, tinha um emprego, mas estava de licença há mais de dois anos, se considerava ecumênica, pois simpatizava com a religião católica e espírita. Teve 18 folículos produzidos a partir da estimulação, dentre os quais 8 foram fertilizados e quatro embriões foram transferidos por decisão dos médicos responsáveis.

9. ELIS realizou a FIV pela primeira vez aos 43 anos, mas desde os 29 anos tentava engravidar. Nesse meio tempo havia desistido do seu sonho de ser mãe biológica, disse que chegou a pensar em adoção, mas as barreiras burocráticas fizeram com que ela e o marido desistissem logo nas primeiras dificuldades.

Voltou a ter esperanças do filho biológico quando soube que havia sido inaugurado em Recife o serviço de RA do IMIP, bem como quando amigas estimularam-na a buscar tal serviço. Elis foi uma das três mulheres acompanhadas no IMIP desde as primeiras injeções de hormônio e foi entrevistada no dia em que receberia o resultado do teste de gravidez.

No momento da entrevista, Elis morava em Recife, estava casada, tinha segundo grau completo, não tinha filhos e era da religião adventista de sétimo dia. Quase ao fim de sua entrevista, recebeu o resultado negativo do teste de gravidez pelas mãos de seu marido que, como ela, parecia não acreditar no resultado. Elis dizia sentir, por todos os sintomas presentes, que estava grávida.

Ela sabia que tinha possibilidade de tentar a FIV uma segunda vez pelo SUS e, de acordo com o que falou na entrevista, se organizaria para essa segunda chance caso não houvesse sucesso na primeira tentativa. Fiz a escolha de não acompanhar Elis, bem como Clara (próxima tentante a ser apresentada), em suas segundas tentativas por considerar as informações obtidas suficientes e, ainda, porque achei que seria melhor me afastar nesse momento simbolicamente mais difícil para o casal – já que era a segunda e última chance deles de fazerem uso da medicação por meio do SUS. O marido de Elis foi um dos homens entrevistados para esta pesquisa.

10. CLARA foi a mais jovem entre as tentantes entrevistadas. Com 23 anos descobriu que não podia engravidar e, com 27 anos, tentou a FIV pela primeira vez

depois de uma série de cirurgias. Falou sobre ter conseguido chegar à FIV depois de dois anos de espera no IMIP e investigações diversas, e relatou as dificuldades pelas quais passou por ocasião do seu desejo de engravidar, dentre as quais uma quase separação (inclusive porque, segundo ela, o marido já tinha um filho e não se importava tanto com sua situação) e transtornos psicológicos deflagrados com a constante necessidade de cirurgias antes da realização do procedimento de FIV.

Clara foi acompanhada por mim desde as primeiras injeções de hormônios à punção e transferência, tal como Elis, apresentada anteriormente, e Maria (próxima tentante a ser apresentada). Clara foi a única entrevistada, até término da pesquisa, que foi acompanhada pelo serviço de psicologia do IMIP, participando de reuniões coletivas em que as mulheres diagnosticadas com complicações mais severas, do ponto de vista emocional, participavam contando suas angústias, ajudavam umas às outras e “arrumavam suas gavetas”, como dito por Clara.

No momento da entrevista, Clara estava com 27 anos, sua religião era católica, estava casada, estudava e trabalhava (embora ambas as atividades estivessem comprometidas) e morava numa cidade da Região Metropolitana de Recife - RMR. Seu principal meio de transporte era ônibus público comum - o que tornava difícil transportar (nas caixinhas de isopor) as injeções de hormônios que deveriam ser aplicadas nos finais de semana e devolvidas⁷⁸ no início da outra semana às enfermeiras responsáveis.

No dia seguinte à entrevista, Clara retornaria ao serviço de RA para sua segunda tentativa. Na verdade, no caso de Clara, havia um pouco mais de esperança do que no caso de Elis, pois esta última não havia produzido excedentes de embriões e teria que passar obrigatoriamente por todo processo anteriormente vivido desde a estimulação ovariana. No caso de Clara, ela só acessaria sua segunda chance, ou seja, do uso dos medicamentos de estimulação, caso se esgotassem todas as possibilidades relativas à transferência dos oito embriões que ainda estavam congelados. Clara produziu 17 folículos e, no momento da punção, foi aquela que mais se debateu na maca sob o efeito de

⁷⁸ Eram devolvidas as caixas de isopor, assim como as “canetas” de hormônio, pois o que sobrava, segundo informações das enfermeiras, era importante para outras tentativas.

anestesia geral. Não descartava a possibilidade da adoção, mas somente após a presença dos filhos biológicos. O marido de Clara foi um dos homens entrevistados para esta pesquisa.

11. MARIA foi a décima primeira tentante entrevistada e uma das que foram acompanhadas no serviço de RA do IMIP desde a primeira etapa do ciclo de FIV. Tentou engravidar naturalmente por 16 anos e conseguiu realizar sua primeira tentativa de FIV anos, engravidando na segunda chance dada pelo serviço de RA do IMIP, esta que foi acompanhada por mim.

Como Nina e Amy, Maria Callas foi vítima de erros médicos ou negligência (no sentido do pouco cuidado médico) que vieram a comprometer o bom funcionamento de seu aparelho reprodutor. Especificamente no seu caso, foi a retirada de partes importantes das trompas (quando da remoção de cistos) o motivo do “erro” médico.

Maria estava em sua segunda tentativa e isso lhe conferia, no momento do acompanhamento, uma situação mais tensa que aquela vivida por Clara e Elis, que ainda teriam a possibilidade de outra tentativa. Acrescido a essa tensão estava o fato de que Maria produzira 6 folículos, ao passo que Clara (a quem Maria se comparava o tempo inteiro) havia produzido 17. Tal como Aretha, Maria sentia uma grande responsabilidade pessoal em não dar um filho biológico ao marido.

No momento da entrevista, Maria tinha 36 anos, seguia a igreja católica, tinha ensino médio completo, estava casada e morava num município localizado a 173 KM de distância de Recife. O principal meio de transporte de Maria era o ônibus da prefeitura de seu município e muitas foram as dificuldades, inclusive financeiras, relatadas por Maria. Sua entrevista foi realizada no dia seguinte à transferência dos embriões na casa de parentes que moravam numa cidade da RMR, pois não era possível fazer a viagem de volta para casa após a transferência embrionária. Não descartava a possibilidade de adoção caso a FIV não desse certo.

12. MERCEDES já tinha filhos adolescentes e estava com uma barriga bem grande (de 8 meses) no momento da entrevista. Conseguiu engravidar através de FIV, no serviço de RA do IMIP, após reversão de laqueadura. Teve trombose

durante a gravidez e assumiu, através de assinatura de termo de responsabilidade, os riscos de um possível óbito ao não querer tomar uma injeção que poderia salvá-la (pois esta também poderia levar a termo sua gravidez)

Mercedes muda o curso das entrevistas anteriores quando sua motivação pelo filho e os riscos vividos em seu nome não estavam apenas em querer ter a experiência da maternidade biológica – já que já tinha filhos, ou no desejo de dar um filho ao marido –, pelo menos não ao molde convencional. A maternidade desejada tinha como substrato a representação da experiência de não violência com seu atual marido, já que a experiência com o pai de seus filhos mais velhos havia sido violenta.

Mercedes revelou que produziu 18 folículos e que sofreu muito no processo da punção com os efeitos colaterais. Embora Mercedes não tenha sido acompanhada no momento da punção, o grande número de folículos lembrou a experiência de Clara, que não tinha consciência do quanto sofrera enquanto teve seus folículos puncionados, sentindo apenas as consequências físicas posteriores, tais como dores fortes e sangramento.

No momento da entrevista Mercedes, estava com 33 anos, era casada (embora seu estado civil legal fosse solteira), tinha segundo grau completo, tinha renda própria (embora, por ocasião do estágio avançado da gravidez não estivesse trabalhando), já tinha dois filhos biológicos, sua religião era católica e morava num município localizado a 100 km de Recife. Assim como Maria, Mercedes teve muitas dificuldades no processo de idas e vindas de Recife, inclusive muitas dificuldades financeiras. Não descartava a possibilidade de adoção caso a FIV não desse certo. O marido de Mercedes foi um dos homens entrevistados para esta pesquisa.

13. CÁSSIA ELLER foi a última tentante entrevistada. Já não usava nenhum método contraceptivo há sete anos, tentou a FIV duas vezes em clínica particular aos 38 anos, conseguiu engravidar em uma das vezes, não conseguiu levar a gravidez até o final da gestação, pois se tratava de uma gravidez ectópica, e, por fim, não tendo condições financeiras em arcar com os gastos, já que toda reserva do casal havia sido utilizada, recorreu ao serviço de RA do IMIP para uma terceira tentativa.

Na segunda tentativa, fez uso do *Programa Acesso*, e, por já ter sido avisada que no IMIP poderia esperar até quatro anos, estava fazendo planos para juntar dinheiro e, talvez, tentar novamente em clínica privada. Cássia estava, como a maioria das mulheres, muito ansiosa. Ameaçou chorar em vários momentos da entrevista. Chegou a cogitar o útero de substituição em clínica particular, mas foi desencorajada por ainda conseguir folículos e seu companheiro produzir espermatozoides.

Estava com trinta e nove anos no momento da entrevista, estava casada, tinha ensino superior completo, trabalhava e a possibilidade da adoção era algo que ainda estava por ser maturada pelo casal. Seu marido foi um dos homens entrevistados para esta pesquisa.

14. B.B. KING tinha 27 no momento da entrevista, estava com sua companheira há cinco anos, e tentava engravidar fazia pouco menos de três anos. Inicialmente não apoiou a esposa, pois achava que ela estava fazendo isso para “prendê-lo”. Ela se esmerava em falar as novidades dos exames, e ele veio a ficar sensibilizado apenas posteriormente, o que, segundo ele, afetou um pouco a relação.

B. B. King disse que achava muito importante que as mulheres tivessem direito à FIV, pois sua mulher, por exemplo, tinha tido um filho após ter sido vítima de estupro pelo ex-marido e teve depressão após o parto da criança, mas era uma mulher muito sofredora e queria a vida e, por isso, ele se apaixonou por ela.

Revelou que não teve vergonha de ter se masturbado para obter o sêmen e ficou muito apreensivo no dia da retirada dos óvulos, pois ela tinha ficado bastante machucada com a retirada de quinze folículos e não tinha como ser levada para casa, já que era longe de Recife. Segundo ele, teve que deixá-la em uma pensão que era quente e sem ventilador (pois não tinha condições de comprar um ventilador naquele momento) e teve receio que ela pegasse uma infecção. Ela dividiu o quarto da pensão com uma outra mulher que estava na mesma situação que ela.

No momento da gravidez, B. B. King estava muito feliz com a gravidez de sua esposa, tinha segundo grau completo e tinha por religião a católica. Disse que a adoção era algo que não estava descartado até saberem da oferta pelo SUS.

15. JIMI estava tentando a FIV pela primeira vez aos 43 anos. Já havia se passado muitos anos desde que ele e a esposa não pensavam mais em ter filhos, até que soube que a FIV seria oferecida pelo SUS. Em todos os momentos, Jimi estava com sua esposa no setor de RA do IMIP, completamente envolvido e atuante – inclusive era ele quem aplicava, em casa, as injeções de hormônios e apoiava a esposa em suas necessidades.

Jimi relatou que quando estavam fazendo exames para tentar engravidar, muito antes de saber da FIV, ou que um dia seria oferecida pelo SUS, chegou a ouvir de um médico o que considerou uma brincadeira: “se fosse um boi tava ótimo para o abate”, pois não reproduzia; ou seja, tanto Jimi, quanto sua esposa, tinham algum tipo de limitação orgânica que impossibilitava as chances de uma reprodução biológica. Falou que haviam pensado e desistido da adoção.

Ele também citou a relação entre a oferta dos serviços de RA e as políticas efetivadas no governo do presidente Lula, a quem era muito agradecido por ter possibilitado às pessoas de baixa renda e ter um filho, direito reservado anteriormente apenas a quem tinha dinheiro. No momento da entrevista, Jimi estava como 43 anos, casado, tinha o segundo grau completo e estava desempregado.

16. JOHN tinha 31 anos no momento da entrevista, segundo grau completo (técnico e científico), considerava-se católico não praticante e acompanhava a sua esposa, que tentava a FIV no serviço de RA do IMIP, nas etapas em que sua presença era insubstituível como, por exemplo, no dia da retirada do sêmen e no dia da transferência embrionária.

Segundo John, o principal receio dele era que sua esposa caísse numa depressão, ficasse, segundo ele, pensando “besteira” e que isso atrapalhasse a relação deles, pois de alguma forma já estava atrapalhando. Para ele, o pior momento do processo foi o dia da retirada do sêmen (por meio de masturbação), pois ficou preocupado com a quantidade e a qualidade - isso por que se não

tivesse dentro dos parâmetros todo o procedimento da retirada dos óvulos da esposa iria por água abaixo.

Quando questionado se havia pesquisado sobre a FIV, John, assim como B. B King e Renato Russo (apresentado posteriormente), referiu-se à pesquisa dos custos, pois não poderia se desfazer dos bens materiais já conseguidos com muito esforço, como a própria casa, para buscar serviços de RA privados, como era o desejo de sua esposa, que, irritada com sua negativa, sugeriu inclusive divórcio.

Para John, o importante era ser feliz independente de ser apenas os dois, ou eles com uma criança biológica, ou mesmo apenas com uma criança adotiva, mas, de acordo com sua percepção, são dolorosos os processos psicológicos, principalmente nas mulheres, já que a maternidade estaria em sua "genética".

17. RENATO RUSSO foi abordado na recepção do setor de RA do IMIP junto com sua esposa, assim como John, B. B King e Jimi. Ele tinha 35 anos no momento de entrevista, e sua primeira tentativa ocorreu aos 34 anos. Estava casado, tinha ensino superior completo, seguia a religião católica e estava trabalhando.

Já acompanhara sua esposa em duas tentativas de FIV sem sucesso e falou que ambos - ele e sua esposa - tinham problemas orgânicos que contribuíam para as dificuldades de ter filhos naturalmente. Falou ainda que, em algum momento, houve indicação para a realização de uma cirurgia para que ele passasse a produzir espermatozoides de melhor qualidade, mas que não chegou a realizar. Falou que, para ele, a paternidade era algo muito desejado, pois sempre teve vontade de ter um filho para mostrar para o pai, mas que não descartava completamente a possibilidade da adoção caso as tentativas não dessem certo.

Renato Russo, fazendo coro a todos aqueles atendidos no setor de RA do IMIP (localizado no terceiro andar), fez elogios à equipe e ao tratamento dispensado às pessoas pelos profissionais. Por outro lado, da mesma forma, fez coro às reclamações direcionadas ao quarto andar – lugar da triagem, das informações mais gerais – em que os profissionais atendiam as pessoas de forma bruta e intolerante.

Perfil das mulheres e	Tipo de serviço	Idade	Idade na primeira tentativa	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Religião	Nº de tentativas	Nº de folículos produzidos	Nº de embriões produzidos	Nº de embriões transferidos	Nº de gravidezes	Gravidez gemelar	Investimento aproximado****
1	Privado	40	35	Casada	Superior completo	Assistente social-desempregada	Não tem. Simpatiza com a espírita	1	NS	7	3*	1	não	23.000,00
2	Privado	44	40	Divorciada/casada a época	Superior completo	Funcionária pública	?	7	15-20	?	5**	2	não***	80.000,00
3	Privado	34	32	divorciada/casada a época	Superior completo	Funcionária pública	Espírita kardecista	3	6	?	?	0	NA	90.000,00
4	Privado	34	32	Casada	Superior completo	Professora	Católica	2	17	6	3	0	NA	14.000,00
5	Privado	43	37	Casada	Doutorado	Professora	Católica/espírita	1	17-20	3	3	0	NA	18.000,00
6	Privado e público	34	32	Casada	Ensino médio	Autônoma/comércio	Católica	2	?	?	2	1	não	8.000,00 - particular com auxílio de Programa Acesso.
7	Privado	33	32	Casada	Mestrado	Professora	Espírita kardecista	1	32	10	2	1	sim -2	20.000,00
8	Privado	43	40	Casada	Superior completo	Funcionária pública	Ecumênica	1	?	?	4	1	sim-4	10.000,00
9	Público	43	43	Casada	Ensino médio	Auxiliar de nutrição	Adventista de sétimo dia	1	8	3	3	0	NA	500,00 (exames)
10	Público	27	27	Casada	Ensino médio completo	Professora	Católica	1	17	11	2	0	NA	NS
11	Público	36	35	Casada	Segundo grau completo	Funcionária pública	Católica	2	6	4	3	NA	não	300,00
12	Público	33	33	Casada	Segundo grau completo	Comerciante/agricultora	Católica	1	18	10	2	1	não	?
13	Público e privado	39	38	Casada	Superior completo	Comerciária	Católica	2	5-6	1	1	não	não	24.000,00
14	Público	27	27	Casado	Segundo grau completo	Músico	Católica	1	NA	NA	NA	NA	NA	-
15	Público	43	43	Casado	Segundo grau completo	Técnico de enfermagem - desempregado	Advetista do sétimo dia	1	NA	NA	NA	NA	NA	-
16	Público	31	31	Casado	Segundo grau completo	Técnico	Católico	1	NA	NA	NA	NA	NA	-
17	-	35	34	Casado	Superior completo	Comerciante	Católico	2	NA	NA	NA	NA	NA	-

*O médico induziu a transferência de quatro embriões e a entrevistada não concordou com seu posicionamento.
**Cinco embriões foram transferidos na última tentativa. A entrevistada sabia que não era permitido que transferissem essa quantidade, mas concordou com o médico que queria "apelar" para tudo.
***Na última tentativa, que estamos considerando, não houve gravidez gemelar. No entanto, a primeira gravidez foi de trigêmea.
****No caso daqueles/as que tentaram pelo SUS, os gastos dizem respeito à alimentação, transporte, alojamento ou algum exame extra ou algum medicamento não oferecido pelo IMIP, em geral não ultrapassou a cifra dos R\$300,00.

Tabela 6 - Perfil das/os entrevistadas/ os

3.3. Registro etnográfico

O registro etnográfico foi realizado no contexto do serviço público – IMIP - e se justificou pela possibilidade de materialização das circunstâncias e os ambientes a partir dos quais as mulheres se movem, inquietam-se e agem (ou não), bem como possibilidade de captar os sentidos não ditos e interditos das próprias mulheres quando da medicalização de seus corpos e, ainda, do aparato médico.

Em que pese toda crítica desconstrucionista a qualquer tipo de trabalho etnográfico ou empírico (BARKER, C. & GALASINSKI, 2001, p. 19), o relato etnográfico ora proposto pretende ser uma expressão das circunstâncias (físicas, organizacionais, e das relações humanas) com as quais as mulheres se deparam quando adentram as paredes dos serviços de RA.

A etnografia é o estudo de pessoas e de grupos, em primeira mão, durante um período de tempo, que utiliza a observação participante ou entrevistas para desvendar o comportamento social. A pesquisa etnográfica procura desvendar os significados que sustentam as ações sociais; é feita através do envolvimento direto do pesquisador nas interações que constituem a realidade social para o grupo em estudo. Um sociólogo que esteja realizando uma pesquisa etnográfica pode trabalhar ou viver com um grupo, organização ou comunidade durante um período de meses, ou mesmo anos, geralmente assumindo um papel ativo nas atividades diárias dessas pessoas, observando o que acontece e pedindo explicações, ou buscando *insights* das decisões, das ações e dos comportamentos (GIDDENS, 2005, p. 514).

Sem pretensões realistas de verdade objetiva ou universal, ou mesmo representação “fiel” da realidade (acusações do pós-estruturalismo ao realismo empírico), o objetivo é que, a partir de etnografia, a superficialidade do cotidiano possa ser penetrado para que se revele até que ponto estão constituídas por discursos a partir e para além dos textos.

Wittgenstein, Rorty e Derrida, entre outros, nos ensinaram que o "real" já é sempre uma representação. Nós precisamos estar menos preocupados com questões de adequação representacional e mais com uma "política de representação" em que a marginalidade ou subordinação pode ser entendida como um efeito constitutivo da representação realizada ou conservada pelas pessoas vivas. Temos de estar preocupados com como as representações significam no contexto do poder social e com suas consequências.

A crítica da distinção epistemológica entre a etnografia, a ciência física e um *romance multi-camadas*⁷⁹; **todos eles envolvem procedimentos socialmente aceitos que produzem textos de forma a orientar, mais ou menos, a nossa conduta.** As diferenças não são graus de correspondência com a realidade, mas matéria de propósito e gênero. (BARKER, C. & GALASINSKI, 2001, p. 19) (destaques meus).

Se não há garantias quanto à veracidade da “realidade” representada pela etnografia, tampouco se tem em relação à autenticidade das opiniões das entrevistadas, ou dos documentos produzidos por campos de saberes específicos. É com tal possibilidade de inter-relação entre elementos linguísticos e extra-linguísticos, que os textos produzidos serão apreendidos através de análise do discurso que, a despeito das tantas vertentes e diferentes abordagens que a complexificam, possui pelo menos duas características principais: rejeição a “uma noção realista de que a linguagem é simplesmente um meio neutro de refletir, ou descrever o mundo” e, segundo, a “convicção da importância central do discurso na construção da vida social” (GILL, 2002, p.)

Particularmente, para a pesquisa em questão, outro importante foco da análise do discurso é a mudança histórica caracterizada pela diferente combinação de discursos em condições sociais particulares para produzir um novo e complexo discurso.

É nesse sentido que, seja através da perspectiva *desconstrucionista* de Derrida, seja através construções dos sentidos de hegemonia e discurso por Laclau e Mouffe, e a influência foucaultiana quanto à abordagem do corpo como elemento que resulta de articulação política, as verdades que estão postas em torno do acesso às TRA seriam questionadas pela consideração de que toda verdade é construída concomitante lhes sejam atribuídos e legitimados sentidos históricos que são também precários e contingentes.

Para a realização do relato etnográfico que aconteceu através do acompanhamento das intervenções em três *tentantes* desde as etapas do processo da FIV até as últimas, foi condição *sine qua non* a aprovação do projeto no comitê

⁷⁹ Multi-layered novel.

de ética em pesquisa do IMIP (anexo 1), que exigia, entre outras coisas (ver anexo 2): ter cadastro no SISNEP e apresentar um TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1) compatível com as orientações do CEP – IMIP através do Manual do Pesquisador⁸⁰.

Seguindo as orientações presentes na resolução 196⁸¹, que estabelece diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos, a presente pesquisa atende às exigências éticas e científicas (tal qual especificada pela resolução), ao ponderar os riscos e benefícios da tarefa ora proposta e segue as normas relativas à produção dos TCLEs, a partir das quais se assegura ao indivíduo “o direito de recusar-se a responder às perguntas que ocasionarem constrangimentos de alguma natureza” (BRASIL, 2002, p. 38), esclarece sobre fins da pesquisa, garante anonimato e disponibiliza dados de quem é responsável pela pesquisa (sendo que uma das cópias fica em poder da/o entrevistada/o e a outra, da pesquisadora).

⁸⁰ Manual do Pesquisador (desenvolvida pelo CEP – IMIP). 23/11/2007. Disponível em: http://www1.imip.org.br/cms/export/sites/default/imip/pt/arquivos/Pesquisa/manual_do_pesquisador-08.pdf [acesso em 06/06/2009].

⁸¹ Em que pese toda a compreensão da necessidade de elementos que assegurem as pessoas que consentem contribuir para pesquisas científicas, faço minhas as palavras de Naara Luna (2007, p. 51) quando esta faz as seguintes ressalvas à referida resolução 196: “Tal resolução é enviesada porque reflete as preocupações e práticas da área de saúde, compreendendo a investigação em termos de pesquisa ‘em seres humanos’ e não ‘com seres humanos’, como é próprio das ciências sociais. A Associação Brasileira de Antropologia (ABA) tem promovido o debate a respeito da tentativa de englobamento do campo da antropologia em tal resolução, o que vários profissionais do setor julgam ser ingerência da área de saúde em outra que tem sistemática e código de ética próprios. Na prática de pesquisa, experimentei essas exigências, em particular a do protocolo de consentimento informado, como burocratização que interfere e prejudica a observação etnográfica e o estabelecimento de uma relação de confiança com os informantes, afetando inclusive a prática do sigilo da identidade”. Acrescento à fala de Naara que, ainda mais problemático é o fato de ter que passar por um comitê de ética em pesquisa de uma instituição que, em que pese a informação de que é financiada com recursos públicos federais, não possui vínculo com instituições federais de ensino superior (a exemplo da UFPE), o que potencialmente impossibilita (e tem impossibilitado) a entrada dos/as pesquisadores/as que, por ventura, não tenham conhecimento/relações com a estrutura profissional (professores/as/pesquisadores/as) vinculados/as à instituição (no caso, IMIP). Nem todos/as os/as pesquisadores/as da UFPE que se propõem adentrar os muros do IMIP têm a mesma sorte que eu tive, ficando com suas pesquisas comprometidas pelo não acesso à instituição. Exemplo disso foi dado pelo professor Felipe Rios PPGP/UFPE que, tendo participado da banca do projeto desta pesquisa, alertava para as possíveis dificuldades que encontraria, expondo a situação de um/a orientando/a que não conseguiu levar a cabo seu projeto de pesquisa pelos motivos já apresentados. Faço outro adendo ao considerar que, no campo da sociologia, a discussão tem ficado aquém da Antropologia no tocante às iniciativas de questionamento das exigências de procedimentos éticos na pesquisa, análogos àqueles da área da saúde e, portanto, com pouca força de pressão junto às instituições federais competentes para resolução de problemas como os supracitados.

Considerando que os riscos dizem respeito “às possibilidades de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente” (BRASIL, 2000, p.24) e que as mulheres entrevistadas poderiam se encontrar fragilizadas emocionalmente por ocasião da impossibilidade de uma gravidez sem intervenção ou mesmo por ocasião dos insucessos de tentativas frustradas, considerou-se que a pesquisa pudesse sugerir algum risco⁸² à dimensão psíquica quando deflagrasse, através das questões relativas às vivências e dificuldades, sentimentos de tristeza e/ou melancolia.

Em que pese tal possibilidade de desencadeamento de tristeza e melancolia – que certamente já se encontra, se não expresso, então latente no comportamento de grande parte das mulheres que recorrem à FIV -, a pesquisa se justificou pela possibilidade de contribuir para o campo da política de saúde das próprias mulheres através da análise dos processos e repercussões sociais desse fenômeno ainda pouco explorado e analisado no campo da sociologia.

3.3.1 A estrutura física do serviço de RA do IMIP e seus discursos

Vestida em trajes médicos na cor verde e num número padronizado, com touca, pró-pés (uma espécie de luva para os pés) e máscara descartável, misturada às/aos médicas/os, enfermeiras e anestesistas em situação de intervenção cirúrgica, acompanhei três punções e três transferências embrionárias no setor de RA do IMIP, presenciando e testemunhando não só a vivência das últimas etapas do procedimento da FIV por quem a buscou para engravidar, mas também analisando a economia da medicalização da reprodução através de todo dispositivo a ele concernente.

Localizada numa área de acesso restrito às/aos profissionais e às mulheres e homens que se submetem aos procedimentos, a sala de punção, mais que o lugar da técnica aplicada, das/os especialistas e dos seus rituais, da cama

⁸² A partir das exigências do CEP-IMIP foi necessário prever riscos, apesar da especificidade da pesquisa não ser realizada *em* seres humanos, mas *com* seres humanos.

metálica, do aparelho de ultrassonografia e de outros instrumentos, tais como equipamento de contagem de pulsação e de batimentos cardíacos e máquina de oxigênio, é também o lugar do “fantástico”, da solidão, dos questionamentos, da incerteza, da oração, do “milagre”. É na sala da punção em que estão depositadas todas as esperanças; é nela que tudo se decide após uma série de investigações e outras intervenções, mas não se decide segundo a vontade das mulheres ou dos/as especialistas.

O acaso, a sorte, não mais as probabilidades ou preceitos de uma racionalidade científica, falam mais alto e dão o seu veredicto. Embora com essa consciência de vulnerabilidade (identificada em um “agora é com Deus, com o homem lá de cima”⁸³), é nesse lugar que se consolida a compreensão de que tudo que poderia (ou mais propriamente, no sentido pensado pelas mulheres, deveria) ter sido feito, foi feito. A culpa (provável) pela falibilidade de seu corpo é dissipada pela certeza de uma responsabilidade⁸⁴ assumida pela tentativa, pela disciplina, pela intensidade da vivência dos procedimentos, enfim, pela certeza da efetivação do sacrifício.

A sala da punção é o lugar último, divisor de águas entre uma etapa de busca e alguma certeza – seja ela de uma gravidez (a etapa desejada), seja ela de outra decisão que deverá ser tomada: tentar a FIV de novo, não tentar, não tentar por não ter recursos, por resignação. Para tentar outros recursos (útero de substituição; adoção etc.).

Para que tudo aconteça na sala da punção, existe uma estrutura física que subsidia seu funcionamento. Essa estrutura é composta por uma sala de repouso, pelo laboratório, pelos vestiários de médicas/os e pacientes, pela recepção, pelos

⁸³ Frase dita por uma médica à *tentante* Amy após a implantação do embrião e que a fez perceber pelo menos duas coisas, de um lado, que a ciência só iria até ali, de outro, que na consulta a médica havia lhe garantido 90% de chance no seu caso, o que a fez pensar que a médica fez um *marketing* para convencer o casal a se submeter ao procedimento.

⁸⁴ Tal responsabilidade estaria combinada com “a genealogia do sujeito que diz ‘myself’, uma relação de sujeito consigo como uma instância de liberdade, singularidade, e responsabilidade, relação consigo como sendo anterior ao outro: o outro nesta relação como infinita alteridade, aquele que se considera mesmo sem ser visto mas também aquele cuja infinita bondade dá-se numa experiência que equivale ao *dar a morte*”. (DERRIDA, 1995, p. 3). No caso em tela, é a aposta na incerteza das consequências do dar-se à morte a responsabilidade assumida. Não é o outro, no caso a criança que poderá advir de uma gravidez propiciada pela FIV, quem é dado à morte, mas sim a mulher que assim o faz em relação a si em nome da criança.

banheiros e pelos consultórios, estes últimos decorados com motivos florais em papel de parede e que se destinam tanto para o atendimento individual/casal com psicóloga, quanto para a realização das ultrassonografias investigativas e acompanhamento do crescimento dos folículos desenvolvidos através do processo de estimulação – primeira etapa do processo da FIV.

Os banheiros, que no caso dos homens é também o local da coleta de esperma por meio da masturbação, ficam na recepção. As consequências dessa localização ou da dupla função do banheiro da recepção (satisfazer necessidades fisiológicas e coleta de esperma para os procedimentos da RA), por exemplo, nem sempre são vistas com tranquilidade pelos homens ou ficam “impunes” à observação e aos comentários de quem aguarda atendimento na recepção.

Um dos maridos entrevistados fez questão de observar que, apesar dele mesmo não ter tido problemas, identificava que o constrangimento por parte de alguns homens era visível, chamando a atenção que talvez fosse mais saudável ter um lugar mais reservado para a coleta, como também uma maior preparação da equipe para lidar com o que ele tão apropriadamente denominou “ato da masturbação masculina”:

Você não perguntou, mas eu faço questão de informar. É porque eu noto que a equipe muitas vezes não está preparada para o ato da masturbação masculina, para a questão do sêmen. Veja bem, teve um jovem senhor que reclamou lá: “poxa, eu tenho que fazer isso e todo mundo fica olhando quando eu vou” - ele que tava olhando que todo mundo tava olhando - que para mim é algo natural, mas eu noto que algumas pessoas ficam constrangidas, que eu tava até conversando com xxxx⁸⁵ (esposa) e eu tava dizendo: essa sala devia ser algo mais privado. Algo que ninguém soubesse que a pessoa entrou ali para fazer tal ato. Mas o que me chamou mais atenção é que as pessoas ali estão no mesmo barco...(Jimi).

O mesmo barco ao qual se refere Jimi é o sexo voltado exclusivamente para reprodução que deveria, nesse contexto, ser menos exposto a comentários e atitudes que gerassem constrangimentos, desde a recepção à sala de repouso, em que tanto homens quanto mulheres ficam expostos corporal e emocionalmente e,

⁸⁵ O codinome não foi utilizado para que, ao cruzar informações, os/as entrevistas não fossem identificados/as.

não raro, presenciam gestos e comentários pouco apropriados a circunstâncias tão delicadas.

A sala de repouso, localizada ao lado da sala da punção, possui quatro camas, num ambiente asseado (assim como todo setor de RA do IMIP), tranquilo, claro e refrigerado. É para essa sala que as mulheres e alguns homens são conduzidos (em momentos diversos) após se trocarem no vestiário de pacientes e onde aguardam a orientação para que sejam encaminhados à sala da punção. É também para essa sala onde voltam após o procedimento e onde permanecem até que, pelo menos no caso das mulheres, estejam recuperadas dos efeitos da anestesia. Na sala de repouso podem ser ouvidos os primeiros balbucios *grogues* e preocupados, e não recordados minutos depois pelas próprias mulheres, quanto à quantidade de folículos retirados e se tudo ocorreu bem. É um lugar também em que a solidão se torna concreta⁸⁶, na medida em que, após o procedimento, toda movimentação da equipe de especialistas é dispersa entre os vestiários e o laboratório (para onde se encaminha a/o bióloga/o com o material coletado).

O laboratório onde óvulos e espermatozoides são analisados e acompanhados, e onde acontece a FIV propriamente dita, localizado à esquerda da sala da punção, trata-se de um ambiente climatizado e escuro, onde tudo acontece, ou seja, onde espermatozoides, óvulos e embriões são manipulados e selecionados para que, de fato, a fertilização *in vitro* – FIV - aconteça. Para chegar até o laboratório, assim como à sala da punção (e por seu acesso ser realizado pela mesma entrada), faz-se necessária a passagem ou pelo vestiário médico (no caso de profissionais), ou pelo vestiário de paciente (quando das mulheres ou homens que passarão por algum procedimento ou acompanharão a transferência), cujo acesso, por sua vez, é possível através da recepção.

⁸⁶Uma das mulheres acompanhadas fez a observação que a minha presença na sala de repouso junto com ela tinha sido uma coisa boa, pois ela ia ficar se sentindo muito só. É importante dizer que, depois de um tempo em que a equipe se dispersa, uma das enfermeiras observa se o efeito da anestesia está passando, questiona se a mulher tem vontade de vomitar e, em seguida, oferece-lhe um pequeno lanche para aliviá-la da fome do jejum de 12 horas necessário ao procedimento. A solidão da punção não se repete no momento da transferência, pois nesta o marido/companheiro deve se fazer presente durante o procedimento, inclusive por orientação da equipe.

Nos vestiários, a roupa “da rua” deve ser substituída pelos trajes próprios dos procedimentos cirúrgicos do IMIP, e o uso das toucas, dos pró-pés e das máscaras descartáveis se tornam indispensáveis. No caso das mulheres *tentantes*, além da touca e dos pró-pés, estas se vestem com uma espécie de bata transparente sobre o corpo nu e, em geral, ficam enroladas, por iniciativa própria, em lençol na sala de repouso (já com entrada de soro na veia – necessária à injeção da anestesia) até que sejam encaminhadas para a sala da punção e lá se deitem com os braços e pernas abertos e imobilizados por faixas.

Numa das vezes em que a veia de uma das mulheres era preparada, quem o fez foi um médico residente (segundo ele, médico “resistente”) que acompanhava o anestesista responsável. Foi a única vez, entre as três, em que houve um cuidado com a investigação da disposição física da mulher à anestesia.

O anestesista responsável, meio sem saber ao certo qual era o objeto da pesquisa, fez questão de explicitar o quanto existem poucos profissionais da área e o quanto são necessários, pois a quantidade de anestesistas não tem sido suficiente para dar conta da demanda. De fato, um dos principais motivos da espera na sala de repouso, tanto por parte das mulheres, quanto dos/das profissionais, era por ocasião da grande demanda por anestesista. Em uma das vezes, inclusive, o procedimento por pouco não foi realizado apenas com anestesia local (pelos/as próprios/as especialistas em RA), procedimento que não tem sido comum e isso porque os/as anestesistas estavam ocupados/as.

Há que se registrar a presença de três pequenas salas e uma porta próxima à televisão, na qual se inscrevia: “arquivo”. Não tive acesso a essa porta, e só vim a me lembrar de tal espaço revisitando a imagem tosca que eu mesma (que não sei desenhar) produzi no caderno de campo. No que tange às salas, tive acesso a todas elas. A sala da coordenação, próxima à entrada, concentrava o atendimento regular das injeções e das conversas entre enfermeiras, médicos/as e tentantes. Foi a sala em que fui atendida antes do início do campo pela responsável pelo setor - Dr^a Madalena Caldas –, e era nela que o procedimento da FIV era explicado e a assinatura de documentos (quando era o caso) se realizava.

As demais salas localizadas por trás de uma divisória de vidro após o balcão da recepção eram espaços reservados para diferentes procedimentos. Ambas tinham, aparentemente, o mesmo tamanho e possuíam um papel de parede muito delicado com flores. Em uma delas, um birô com cadeiras e uma pia compunham os elementos do espaço, assim como um cartaz na parede que explicava sobre o procedimento de FIV e sobre resposta ovariana. Em tal sala, a psicóloga realizava a triagem dos casais e foi nela onde me recebeu para uma rápida conversa. A outra pequena sala tinha um birô, uma maca, um biombo e um aparelho de ultrassonografia, cuja mobilidade permitia que fosse transferido para a sala da punção quando necessário tanto para a punção, quanto para a transferência embrionária. Acompanhei duas ultrassonografias em tal sala que, ao meu ver, parecia muito pequena para a quantidade de médicos/as e enfermeiras que se faziam presentes durante os procedimentos ou transitavam entre essa sala e a recepção.

Para concluir a apresentação da estrutura física do setor de RA do IMIP, faço constar aqui a recepção. A recepção é o lugar do encontro, das trocas de experiência, da curiosidade, da angústia, da espera, do tédio acompanhado pela repetição do momento de estar ali durante anos⁸⁷, esperando uma resposta, uma chance, uma esperança diante tanto da frase: “Deus quer, o homem sonha, a obra nasce”, de Fernando Pessoa, num quadro exposto na parede com a feliz imagem de uma mulher e seu bebê, quanto diante da “história de Júlia”, ou história da bebê, cuja vida é relatada no filme “Vida além da vida”, em imagens 3D, a partir de um enredo romântico em torno de uma gravidez (não intermediada pela FIV, mas cheia de obstáculos que obrigaram a mulher a passar meses em cima de uma cama), reproduzido diariamente e muitas vezes ao dia (intercalado apenas pelo vídeo *Infertilidade*)⁸⁸ na recepção do setor de RA do IMIP desde que esse foi inaugurado em 2009 (isso de acordo com os depoimentos das entrevistadas).

⁸⁷ Segundo informações do site do IMIP, as atividades do serviço de reprodução humana do IMIP tiveram seu início desde 2004. http://www1.imip.org.br/cms/opencms/imip/pt/assistencia_saude/saude_mulher/reprod_humana.html?p=2 [acesso em 10/09/2011].

⁸⁸ Documentário produzido pelo Saúde Brasil (www.saudebrasilnet.com.br) com o apoio do Ferring Pharmaceuticals.

Na fala transcrita abaixo, Jimi se refere ao momento em que estava ocorrendo a transferência do embrião para o corpo da sua esposa e em que ele tentou observar, através da imagem da ultrassonografia, a introdução dos embriões trazidos do laboratório pela embriologista por orientação do/a médico/a responsável. Ele se referiu, de um lado, à imagem que ficou registrada em sua memória através do que era conhecido como “filme de Júlia” (que, na verdade, tratava-se do vídeo *Vida além da vida*), e à impossibilidade de compreensão da imagem da ultrassonografia, como é possível ler a seguir:

*“Sim, aí como eu tava dizendo eu fui. E depois eu mesmo me achei bobo – que bobagem a minha! Mas eu fui atraído... um sentimento me levou... quando eu tava lá na sala, que preparou tudo, que a médica disse “doutora, pode trazer”, eu botei um olho tremendo achando que ia ver alguma coisa interessante. Eu mesmo depois ri de mim mesmo. **Porque a gente passou dois anos assistindo; passamos dois anos assistindo aquele filme, e a gente vê tudo ali tão grande (risos) [...]** e para ser sincero, nem na imagem eu vi nada... eu fiz de tudo para ver... mas, até por falta de experiência... também com a luz, só a médica tinha possibilidade de ver algo ali. Mas... é fantástico!” (Jimi)*

No que tange à incompreensão da imagem, de fato, se não se tem um olhar treinado, muito dificilmente haverá uma plena compreensão dela, o que não impede que, como disse Jimi, continue sendo um momento que mexe com a imaginação e seja, como ele mesmo se referiu, “fantástico”. A própria orientação de que o companheiro da tentante esteja presente no ato da transferência e a fala final de médicos/as e enfermeiras de que “agora é com Deus”, ou “agora é com ele, lá em cima”, é muito significativo. De um lado, a tentativa de aproximação entre um momento extremamente técnico com a humanidade do procedimento; de outro, a saída do “milagre” das mãos possivelmente “erráticas” da humanidade e um retorno ao sobrenatural como explicação para o sucesso ou insucesso do procedimento.

Sobre a “história de Júlia”, mais especificamente sobre o vídeo *Vida além da vida*, este foi certamente um dos “achados” mais curiosos do trabalho de campo, confirmado através de entrevistas como a de Jimi acima, e ainda numa fala

espontânea como a de Elis, que chegou a dizer: “vai começar de novo... já sonho com esse vídeo”. Imagine-se ano após ano diante de mensagens visuais de alto impacto, como a corrida dos espermatozoides e todos os obstáculos percorridos por eles no corpo da mulher, até sua chegada ao óvulo; a transformação desse encontro em embrião, a transformação desse embrião em um feto e o desenvolvimento desse feto em imagens de alta resolução, quase tão reais quanto a vida do casal grávido que protagonizou o vídeo visto ano após ano, por quem gostaria de ter aquilo tudo em sua própria vida. O vídeo alimentava (até a finalização do campo) o imaginário de mulheres e homens frequentadores da recepção do setor de RA do IMIP como dito por Jimi e citado anteriormente. Durante as conversas travadas na recepção, com frequência também as novelas eram referenciadas⁸⁹.

Alguns meses após a observação das punções e transferências, retornei ao setor para realizar mais uma entrevista e também para me despedir dos/as profissionais com os/as quais me relacionei durante o tempo em que estive no

⁸⁹ Enquanto estas páginas eram escritas, pelo menos duas novelas da rede Globo, ‘Fina estampa’ e ‘Viver a vida’, transmitiam dramas familiares que envolviam a técnica de FIV. De forma resumida, a primeira explorava a questão da verdade em torno da maternidade: seria a mãe biológica aquela que buscou o serviço de FIV através do mecanismo de doação de óvulos e sêmen para engravidar (e engravidou), ou seria a mãe verdadeira aquela que doou os óvulos sem saber que estes seriam fundidos ao sêmen do seu namorado que falecera e que era irmão da médica que, por sua vez, assumiu ter realizado o procedimento fora dos padrões éticos permitidos? A outra novela, ‘viver a vida’, se debruçou em torno da paternidade através do drama de uma criança que, resultado da técnica de FIV, não recebera o cuidado e atenção da família que a ‘encomendou’, ou seja, era esquecido por sua mãe biológica (em todos os sentidos) e pelo pai (que, no caso, teria pago um milhão, através de contrato, ao irmão – até então apenas tio da criança - em troca de seu sêmen). Ao tomar conhecimento do descaso da família em relação à criança, o ‘doador’ do sêmen (nesse caso talvez fosse melhor dizer vendedor) buscou o reconhecimento da paternidade e, na novela, teve sua causa ganha. Ele, o doador do sêmen, e a mãe da criança tiveram a sua guarda. Antes das novelas supracitadas, outras duas, “o Clone” (2001) e “barriga de aluguel” (1990), segundo Corrêa & Loyola (1999, p.209-239), geraram uma ampla divulgação da RA pela mídia, e sua consequente popularização, num momento em que praticamente se iniciavam as atividades de RA no Brasil. As autoras chamaram a atenção, através de pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em 1996, que em duas cidades brasileiras (Santos – litoral do Estado de São Paulo e Jacobina – Interior da Bahia) os índices de conhecimento das técnicas de inseminação artificial, da FIV e da barriga de aluguel variavam entre 79, 5% e 94,7%, o que as fez concluir que tal resultado se devia, em parte, “ao tom sensacionalista que reveste a divulgação da reprodução assistida, e que é reforçado tanto pela posição limítrofe que as tecnologias conceptivas ocupam em relação às novas especialidades do campo biomédico”, quanto também pela “simplicidade atribuída à aplicação das novas técnicas no campo médico” (CORRÊA & LOYOLA, 1999, p. 214).

setor de RA do IMIP. Nesse momento percebi que a recepção estava modificada pela presença de fotografias coladas nas paredes dos casais e seus bebês, alguns dos quais haviam sido entrevistados para esta pesquisa, expondo suas angústias e agora servindo de exemplo a todos/as que por ali passaram. Discursos em si, tanto os vídeos, quanto as fotografias, entre tantas outras coisas, fazem parte das estratégias das forças que disputam os sentidos em torno da reprodução assistida, aspecto que será explorado no próximo capítulo.

Capítulo 4 - “Você, nós, somos os pais da fertilidade” - Dispersões e regularidades nos discursos em torno da FIV.

Como vimos no quarto capítulo, treze foi o número de mulheres entrevistadas e, dentre elas, sete conseguiram engravidar e ter filho/a; uma, mesmo antes de ser entrevistada, já havia recorrido à adoção; outra havia desistido (pelo menos momentaneamente), e quatro estavam tentando – duas em processo de estimulação hormonal, uma realizando os exames prévios à FIV e uma tentando acessar a FIV pelo SUS. Inegavelmente, todas elas levaram ou estavam levando, às últimas consequências, o significado do ter direito ao próprio corpo; o significado do ter o poder sobre a autonomia reprodutiva pela mediação do conhecimento técnico-científico e dos laboratórios ou da indústria médico-farmacêutica e, enfim, o significado do direito a ter direitos.

A partir de tal constatação e em consonância com o debate acerca das significações e ressignificações da gravidez e da maternidade biológica por meio da FIV, este capítulo se propõe analisar, entre outras coisas, as articulações discursivas já referidas ao longo dos capítulos anteriores e os elementos que apontam para as suas regularidades e dispersões. As regularidades põem à vista as capacidades de escolha, resposta e responsabilidade pessoal das tentantes, e, ainda, a condição de sacrifício demandado a elas, que veem no futuro espaço de tempo privilegiado, ou lugar da salvação por meio do uso da medicalização num contexto pouco ou nada apazível aos olhos da corrente radical do movimento feminista.

O contexto nada apazível aos olhos da corrente radical do movimento feminista ficaria por conta, como já apresentado anteriormente, da ideia de que o uso das tecnologias reprodutivas conceptivas corroborariam, entre outras coisas, a hipervalorização da ciência e do poder médico, os padrões heteronormativos de reprodução e, enfim, a ideia patriarcal de que os corpos femininos são naturalmente predispostos à maternidade. A partir de tal crítica, tais elementos

levariam as mulheres a estarem cada vez mais suscetíveis às intervenções das tecnologias otimizadoras do processo procriativo e, conseqüentemente, ao que, nesse sentido, seria oferecido pelo mercado.

Se as regularidades ficam por conta das ideias liberais que defendem a presença das tecnologias contraceptivas ou conceptivas no processo reprodutivo por exercerem um papel libertador nas escolhas das mulheres sobre seus corpos, as dispersões dos discursos são alcançadas, por sua vez, no mínimo diálogo travado entre as tentantes e os elementos apontados pela corrente radical do feminismo. Considerando pelo menos três elementos, tais como que, entre regularidades e dispersões, as tentantes se constituem e são constituídas enquanto ponto de convergência das articulações discursivas; que no Brasil não há legislação relativa aos procedimentos de FIV e, ainda, que a presença da indústria médica-farmacêutica mobiliza segmentos políticos e econômicos, as análises neste capítulo ficarão por conta de uma interlocução tanto entre as práticas descritas pelos/as entrevistados/as e suas vivências, quanto entre o registro etnográfico e documentos relativos à FIV.

4.1. “Deus quer, o homem sonha, a obra nasce” – Não engravidar como patologia, e desejos e sonhos diante dos milagres da ciência

A profissão médica, a medicina, a prática médica tem por função manter todos os grandes tabus da moral, da moral burguesa, da moral de nossa sociedade e, por conseguinte, quando a lei moral, os hábitos morais, os tabus morais de nossa sociedade são atacados, é papel fundamental da medicina passar imediatamente à primeira linha e lançar a contraofensiva. Trata-se, aqui, da medicina como guardiã da moralidade, da moralidade simplesmente (...). É preciso dar testemunho da mesma modéstia e do mesmo orgulho, e afirmar que a medicina não deve ser rejeitada nem adotada como tal, que ela faz parte de um sistema histórico, que não é uma ciência pura, que faz parte de um sistema econômico e de um sistema de poder, sendo necessário atualizar seus laços com a economia, o poder, a sociedade, para se determinar em que medida é possível retificar ou aplicar o modelo. (Foucault, 2011, p. 306; 393).

A patologização da não gravidez no seio de relações heterossexuais estáveis, bem como a hipervalorização da ciência e do poder médico no contexto da FIV, têm sido identificados como alguns dos elementos discursivos mais

regulares e passíveis de crítica pelo movimento feminista de pensamento radical. Num contexto em que saltam aos olhos as múltiplas relações de poder em torno do processo reprodutivo e, considerando, tal qual em Foucault, que à medicina (moderna) coube o papel de restituir o sistema de normalidade pela distinção permanente entre o que seria normal e patológico, a grande questão seria compreender, em princípio, por que não engravidar ou não ter filhos seria considerado uma patologia.

Tratando-se das tecnologias da reprodução, questionar a falta de filhos como patologia talvez seja a primeira grande questão em torno dos discursos regulares que, certamente, também dizem respeito aos processos de hipervalorização da ciência. A segunda questão, por consequência, e ainda relativa às regularidades do discurso em torno da FIV, diria respeito à medicalização da reprodução e à função política da medicina e da extensão do saber médico num contexto em que este fortalece e é fortalecido pelos discursos do mercado. As ambiguidades ou as dispersões dos discursos regulares acontecem na medida em que tais questões centrais são exploradas.

4.1.1. Como os corpos das mulheres se constroem? A FIV, corpos elásticos, sacrifícios, autonomia e vulnerabilidade

“Eu produzi dezenove folículos, e o normal é a mulher produzir um ou dois folículos que amadurecem para ser um processo natural, e aí você vê a agressão do tratamento. É muita “bomba” (entre aspas) que a gente toma. Eu fiquei transformada”.
Amy

Na medida em que o corpo é insuficiente para efetivar sua natureza, torna-se elástico através do discurso do milagre médico (que tem a possibilidade de realizar um feito até então impossível), e que tem respondido à demanda das mulheres que desejam um filho com “análise, pesquisa, insuflações de trompas, biópsias, radiografias, laparoscopias” (TUBERT, 1996, p. 31), ou seja, todos os procedimentos que acontecem anteriormente ou sincronicamente à FIV, realizando

uma leitura da falta de filho como sintoma que aponta definitivamente para uma doença ou agravo à saúde (DUARTE FILHO & TSO, 2010, p.1).

Era minha última tentativa de engravidar, eu já estava exatamente com 35 anos de idade, e disse assim a ele (no meu primeiro dia de consulta): ‘Eu estou aqui e preciso fechar esse livro, essa minha história, e eu estou aqui na minha última página e você é a minha última folheada’, aí ele olhou para mim e disse: ‘não, nós não vamos fechar esse livro agora, ainda têm muitas coisas adiante para a gente fechar esse livro’. Aí, a partir desse momento, comecei todo um processo de investigação. Nina

O corpo encontra-se, assim, na iminência de ser melhorado, transformado, reconfigurado, redesenhado. Como bem considera Ramírez-Gálvez (2006, p. 35),

As NTRc substituem tecnologicamente uma função corporal, fazendo com que o corpo das mulheres pareça constituir extensões da tecnologia. A medicina reprodutiva estimula o desejo de filho biológico, mas se apropria da função criando um ciclo de dependência tecnológica.

Assim, em princípio, tais corpos são “investigados”; em seguida, sofrem intervenções, são monitorados e, por fim, o resultado é, ou, em geral, tem sido, suas modificações. Essas modificações são expressas principalmente no inchaço e gordura do corpo, no aumento dos seios, na sudorese abundante e nas marcas das injeções de hormônios (dentre os quais, no caso daqueles prescritos no serviço de RA do IMIP, cetrotide, ovidrel, gonol (ver anexos 4 e 5).

Em casos mais complexos, a ação da medicalização no corpo se expressa nas intensas dores de cabeça, nas oscilações bruscas de humor (referenciados pela maioria das mulheres e especialistas), ou seja, na transformação de um corpo vivo em um corpo que, na maioria das vezes, carrega sequelas (como as especificadas acima) e, por vezes, revela-se ainda na possibilidade de morte⁹⁰. O

⁹⁰ Exemplo disso é que o projeto Zenaide - integrado entre outras por Gena Corea, diretora associada do Institute Women and technology, Massachusetts, Estados Unidos, jornalista e escritora que publicou o livro *Mother Machine*, que “localizou as mulheres que morreram em consequência da fertilização in vitro. Zenaide é o nome da primeira mulher que morreu nestas circunstâncias e era originária da cidade de Araraquara”. (SCAVONE, 1996, p. 164).

sujeito da fertilidade (nesse caso, da infertilidade) – as mulheres - foi situado nesse jogo de verdade definido por um saber ou por um modelo médico impulsionado pelos discursos da ciência moderna, quais sejam, o da descoberta e do controle do “incontrolável”, “desconhecido” e, por vezes, monstruoso, ou seja, o discurso do “enfim a ciência entendeu a mulher”⁹¹.

O se da frase “*como as mulheres se constroem*”, que nomeia o tópico em tela, não se trata de um pronome reflexivo, pois não diz respeito unicamente à forma como a mulher constrói a si mesma - embora essa perspectiva esteja presente pela consideração do corpo no íterim das relações de poder, em que “o indivíduo não é o outro do poder: é um de seus primeiros efeitos [...] é um efeito do poder e simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser efeito, é seu centro de transmissão” (FOUCAULT, 2001, p. 183-184). O se em questão introduz os fundamentos sobre os quais o objetivo de analisar a construção dos corpos das mulheres a partir do contexto de utilização da biotecnologia⁹² aplicada à reprodução humana se assenta. Nesse sentido, tudo aquilo que se entende por autonomia e *vulnerabilidade* passa a entrar para o rol das questões políticas e éticas relacionadas ao corpo, bem como às condições socioculturais das mulheres, que perpassariam as “reflexões acerca da quase obrigação de toda mulher gerar um filho como parte do imaginário social” (OLIVEIRA, A. A. S et al., 2006, p.30), afinal e, por exemplo, “uma tal atuação dos meios de comunicação, de acordo com a forma dominante de focar o assunto pelos próprios médicos, pode estar ligada

⁹¹ “Enfim a ciência entendeu a mulher”. Essa foi a frase de capa da revista *Veja* de 07 de Março de 2007, que traz no início da matéria correspondente a imagem de uma mulher esguia, de olhos baixos e mãos escondendo os seios e o dito: “A medicina revela a mulher de verdade”. Além das manchetes e imagens, as autoras (Karina Pastore e Paula Neiva) da reportagem expuseram num quadro-resumo a seguinte conclusão: “É uma questão de natureza. Muitas das diferenças entre o comportamento feminino e masculino são determinadas pela genética - e não apenas por questões culturais”. Em seguida há a pergunta: “Por que as mulheres preferem pedir informações a estranhos a consultar um guia de ruas e os homens decifram um mapa com mais facilidade?” A resposta foi: “Porque no sexo masculino a parte posterior do hemisfério direito do cérebro, sede das habilidades espaciais, é mais desenvolvida. Por isso eles têm mais facilidade para interpretar mapas. A testosterona também ajuda a aguçar a noção espacial”.

⁹² Biotecnologia está entendida aqui como “conjunto de técnicas e processos biológicos que possibilita a utilização da matéria viva para degradar, sintetizar e produzir outros materiais. A biotecnologia, de qualquer tipo, é sempre uma manipulação da constituição dos seres vivos: acrescentando, diminuindo, suprimindo temporariamente, ou abolindo uma característica aparente ou interna.(OLIVEIRA, 2002, p.18)

não apenas à formação de uma demanda pelas NTR, mas também a toda uma modificação da consciência da ausência de filhos” CORRÊA & LOYOLA, 1999, p. 214.

É nesse sentido que o acesso às novas tecnologias reprodutivas tem sido um exemplo comumente utilizado pelas teóricas feministas para pôr em xeque pressupostos universalistas - em princípio com um enfoque na perspectiva da autonomia, argumento caro ao feminismo - pela interface com o problema da vulnerabilidade social (expressa por meio do reconhecimento de desigualdades, principalmente econômicas, étnico-raciais, e de sexo/gênero).

Considerando, como em Foucault, que “o corpo – e tudo que se refere ao corpo: a alimentação, o clima, o solo” é o lugar da Origem (*Herkunft*), ou seja, “superfície de inscrição dos acontecimentos” onde “se encontra o estigma dos acontecimentos passados, assim como dele nascem os desejos, os desfalecimentos e os erros; nele também se ligam e subitamente se exprimem, mas nele também se desligam, entram em luta, se apagam uns e outros e prosseguem seu insuperável conflito” (FOUCAULT, 2008, p. 267), onde estaria então o conflito na ação autônoma de uma mulher quando esta assume intervenções em seu corpo e, inclusive, o desconhecimento das consequências de tais intervenções a curto, médio e longo prazo? Grosso modo, a partir dos dados obtidos, as mulheres assumem a ideia de riscos advindos da medicalização com fins terapêuticos, utilizam das biotecnologias sem que pensem de modo mais radical o significado mais amplo de sua existência e seu uso (como poderemos constatar a partir das transcrições expostas logo mais) ou questionem as instituições de poder ou os discursos “verdadeiros” (ou, pelo menos, aqueles ditos como tais).

Para usarmos uma distinção semelhante àquela que Michel Foucault faz com respeito à loucura, diríamos que o monstruoso deixa de ser concebido, primordialmente, como objeto de julgamento moral e passa a ser explicado pela biologia. Distintamente do argumento foucaultiano, acreditamos que o elemento moralizante continuou claramente vivo, subjacente à explicação científica. Essa nova concepção de monstruoso, na exata medida em que se pretende científica, busca ocultar sua

matriz valorativa, concebendo esses seres como espécimes naturais. A suposta isenção daquilo que se considera 'natural' é o ponto a partir do qual se essencializa uma explicação histórica e política (FERREIRA & HAMLIN, 2010, p. 812).

Esse discurso que propaga a compreensão do Outro nesses termos, ou seja, pela essencialização de uma explicação histórica e política por trás de uma suposta isenção daquilo que se considera "natural", dá-se tanto por meio das instituições fundadoras de julgamentos morais, dentre as quais a religiosa, quanto através do *modus operandi* da ciência a partir do qual os elementos moralizantes subjazem à explicação científica.

a paciente é livre, mas nós não fazemos redução embrionária. **(O senhor não faz por uma questão religiosa?)** Tem um pouco, tem um pouco... eu já até perguntei a alguns da religião espírita, da católica, da evangélica e as opiniões são muito divergentes com relação a: se a célula tem vida. Uma vez um pastor disse: "ó, xx, se tem vida tem Deus. Então se tem Deus não pode ser mexido". Aí eu disse: é, mas espermatozoide tem vida e quando os adolescentes se masturbam um monte de espermatozoide vai para o chão". Então eu não sei...eu prefiro pensar que duas células fertilizadas em meu laboratório são duas células fertilizadas. A partir do momento em que eu coloco dentro do útero eu prefiro não intervir.
Médico

4.1.2. Centro de Reprodução Humana do IMIP – “*etnografando*”...

Serviço de reprodução humana assistida Prof. José Weydson de Barros Leal – Inaugurado em 26 de maio de 2009 com as presenças dos Exmos. Senhores Dr. José Gomes Temporão, Ministro de Estado da Saúde e Dr. Eduardo Henrique Accioly Campos. Governador de Pernambuco. Recife, 2009.⁹³

A primeira vez em que pisei no chão do setor de Reprodução do IMIP, em fevereiro de 2011, tinha em mãos a folha de rosto emitida pelo Sistema Nacional de Ética em Pesquisa – SISNEP, a ser assinada pela coordenadora do serviço de reprodução Humana, a médica Madalena Caldas. A referida folha de rosto que, não sem resistência, foi assinada pela médica, compunha a lista dos documentos imprescindíveis à aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP junto com o projeto (que foi adaptado a fim de ser submetido à referida instância de pesquisa) e outros documentos (anexo 2).

Sem delongas relativas à dificuldade de entrada no campo que, em grande parte, deveu-se ao fato de que a pesquisa “pertencia” a outra instituição, finalmente obtive, em junho de 2011, a autorização do CEP/IMIP. Pela segunda vez, em agosto de 2011, estava eu no centro de reprodução humana, dessa vez com acesso tanto ao setor para sua observação e descrição, quanto às mulheres com as quais seriam realizadas as entrevistas. Nenhuma outra vez, antes ou depois da assinatura da folha de rosto, estive ou cheguei a ver a médica responsável pelo setor, Madalena Caldas. Antes porque, assim como a maioria dos/as especialistas, ela foi inacessível às minhas investidas para adentrar a dinâmica das clínicas particulares – quando tal objetivo ainda fazia parte do projeto desta pesquisa.

⁹³ Placa de inauguração do setor de reprodução humana – IMIP. A inauguração contou com a presença de Antonio Carlos dos Santos Figueira, presidente do IMIP, Eduardo Campos, governador de Pernambuco, João da Costa, prefeito do Recife, da coordenadora do Serviço de Reprodução Humana, Madalena Caldas e dos superintendentes e diretores do IMIP, além do secretário de Cidades do Estado, Humberto Costa, responsável pelo início das negociações para a implantação de um serviço de reprodução humana assistida em Pernambuco quando ainda era Ministério da Saúde - <http://www1.imip.org.br/cms/opencms/imip/pt/imprensa/noticias/0031.html> [acesso em 03/10/2011].

Depois porque, comumente, mesmo sem a sua presença, a equipe do setor de Reprodução Humana era quem se ocupava dos atendimentos e procedimentos que puderam ser acompanhados por mim durante o período de pesquisa que foi realizado assiduamente de agosto de 2011 a novembro de 2011 e, esporadicamente, até fevereiro de 2012.

No dia em que o processo de pesquisa foi iniciado efetivamente e que foi escolhido de forma aleatória, era quinta-feira pela manhã e a especialidade oferecida era andrologia. Na recepção, quatro homens, dentre os quais dois acompanhados por suas esposas, aguardavam atendimento. Aqueles homens, bem como outros atendidos naquele dia, tinham, com frequência, algum tipo de limitação no tocante à produção de espermatozoides e, muito provavelmente, segundo a enfermeira, seriam encaminhados para o procedimento de punção. Ainda a partir da enfermeira responsável, houve esclarecimentos no tocante ao organograma do setor e os respectivos horários, bem como algumas outras informações relativas ao atendimento dos casais com problemas em engravidar. De segunda à quinta-feira, por exemplo, no período da tarde e sexta pela manhã, o atendimento seria de ambulatório; nas segundas, terças e quartas-feiras pela manhã aconteciam as ultrassonografias e, nas quintas-feiras pela manhã, como já dito, atendimento na andrologia.

Grosso modo, as demais informações que me foram dadas pela enfermeira (e que até onde pude observar eram dadas também aos casais) foram as seguintes: pelo menos seis casos seriam atendidos ao mês (ou setenta casos ao ano), e o tempo de espera pelos casais era de seis a sete anos; casais homossexuais ainda não estavam sendo contemplados com o atendimento e o setor ainda não trabalhava, por uma questão de ausência de estrutura, com doação de óvulos e espermatozoides. Questionada acerca dos requisitos necessários para entrar na lista do setor de RA, a enfermeira respondeu que as condições seriam: estar em uma união estável, ter até 50 anos e *resposta ovariana*⁹⁴. No caso daquelas que não tivessem resposta ovariana, elas seriam encaminhadas para a “ovodoação”, ou

⁹⁴ Padrões ovarianos: respondedora alta (acima de dez folículos), respondedora normo (5 a 10) e respondedora baixa (abaixo de cinco).

serviço de doação de óvulos, que, não obstante o fato de que ainda não fizesse parte dos serviços oferecidos pelo setor de RA da instituição, já seria parte das esperanças das mulheres cujos nomes compunham, pouco e pouco, uma segunda lista de espera para um serviço ainda inexistente. Ademais me foram concedidos, ainda pelas mãos da enfermeira responsável, os termos de consentimento para a transferência de embriões (anexo 8), o termo bilateral de consentimento/esclarecimentos para realização do procedimento de FIV e outros pactos (anexo 3) e a declaração de risco de insucesso da FIV (anexo 9).

Quando entrei para pesquisar o setor de RA do IMIP, este havia sido inaugurado fazia pouco mais de dois anos e, no hiato entre a inauguração e a autorização para o início de campo, meu foco estava nas entrevistas com as mulheres que haviam realizado FIV em clínicas particulares.

Em que tenha pesado a perda do registro inicial da dinâmica do setor de RA do IMIP, alcançar as diferentes perspectivas relativas aos serviços público e privado permitiu captar, por um lado, as críticas por quem se sentia invisível diante do Estado e, por outro lado, a gratidão por parte de quem conseguiu ter seu sonho, ou parte do sonho (qual seja, as tentativas) custeado pelo poder público. A primeira entrevista, por exemplo, que foi realizada com Nina alguns dias antes da inauguração do setor de RA do IMIP, esteve pautada, principalmente, na discussão em torno do que seria a “invisibilidade” das mulheres diante do Estado, como é possível observar a seguir: *“é como eu disse, eu até usei uma expressão no telefone para você: “somos seres invisíveis”. Não existe esse problema e não existem essas mulheres, porque o SUS, nem o governo, não têm programa para isso”*. Tom inverso à fala de Nina ficou por conta de Jimi, um dos últimos entrevistados que fora atendido depois da inauguração do serviço do SUS e, aos risos, disse o seguinte: *“a gente querendo ou não, a política faz parte da nossa vida [...] aí eu brinco um pouco com xxx (esposa), e xxx (esposa) brinca um pouco comigo dizendo: esse menino é um pouco de Lula! [...] Então quando surgiu essa oportunidade no IMIP, através do governo Lula, na época, foi fantástico”*.⁹⁵

⁹⁵ Lula – Luiz Inácio Lula da Silva – ex-presidente do Brasil, cujo mandato foi de 1º de janeiro de 2003 a 1º de janeiro de 2011. Foi no governo de Lula, por meio das ações do ex-ministro da saúde,

Jimi evidencia através da constatação de que “a política faz parte da nossa vida” a racionalização dos problemas da *bios*, ou a biopolítica como prática governamental que tem por objeto a população e os fenômenos que lhe são próprios pela mobilização de saberes específicos como, por exemplo, a economia e a medicina. É nesse sentido que as formações discursivas em torno da reprodução, ou da infertilidade, como problema específico da população inscrito no marco da racionalidade política do liberalismo, articulam-se às práticas econômicas, políticas e sociais que se manifestam tanto através de falas como as de Nina, quanto através de falas como as de Jimi. No caso de Nina, a manifestação seria relativa à demanda pela efetivação de um Estado Liberal preocupado com o respeito aos sujeitos de direito; no caso de Jimi, e já refletindo a política liberal demandada por Nina, pela exposição da ação limitada do Estado, que deve satisfazer e justificar suas decisões políticas à sociedade, inclusive, e certamente por isso mesmo, num contexto de livre articulação entre racionalidade de mercado e hipervalorização do saber técnico e tecnológico.

4.1.3. Regularidades em xeque na rotina dos serviços de RA

“Minha vida está assim agora – o povo é quem decide por mim”
Clara

Quando Clara saiu da sala da ultrassonografia não sabia o que lhe aconteceria nas próximas horas ou dias. Ela dependia da decisão do “povo” sobre se continuaria sendo estimulada hormonalmente, ou se já seria submetida à punção para retirada dos folículos maduros. O “povo-que-decidiria-por-ela” era a então equipe de especialistas no setor de RA do IMIP, que, em tal contexto específico, tinha as seguintes alternativas: “aproveitar” os dois folículos já maduros apresentados nas imagens da ultrassonografia, realizando, em seguida, a punção

Humberto Costa, que foi lançada a portaria nº 426/GM em 22 de março de 2005, a qual instituía, no âmbito do SUS, a política nacional de atenção integral em RA e dá outras providências.

deles, ou correr o risco de perdê-los por estarem em número menor, estimulando hormonalmente os folículos pequenos que, em compensação, se encontravam em maior número.

Clara, que antes da ultrassonografia, em conversa informal, havia dito que estava com a barriga e os seios muito inchados e, depois, em outro dia durante a entrevista, que naquele momento estava também com muita dor de cabeça (mas que preferiu não dizer à enfermeira para não atrapalhar os procedimentos) fora informada, enfim, sobre a decisão da equipe. Depois de discutirem os procedimentos e imagens, bem como a compatibilidade entre o ciclo de estimulação e dias ordinários de atendimento pela equipe do setor de RA, a decisão foi adiar a punção e encaminhar Clara para ser mais estimulada hormonalmente a partir da aplicação de mais três injeções. Enquanto as injeções eram aplicadas, Clara expunha a dor que sentia numa voz infantilizada “Vocês são malvados, vou dizer isso tudo para meu bebê” e, depois, com as contestações da enfermeira de que ela estava muito “mole”, pois ninguém reclamava daquele jeito, ela disse: “Desculpe minha moleza. Eu sou assim mesmo”.

Para resumir, Clara produziu 17 folículos, quando, em condições normais, uma mulher produz quatro ou cinco folículos a cada ciclo.

Na recepção, em que se encontrava um grande painel com a imagem de uma mulher e seu bebê, e a frase de Fernando Pessoa: “*Deus quer, o homem sonha, a obra nasce*”, Clara pedira, antes de todo o processo descrito acima, para que eu – pesquisadora – perguntasse qual a serventia da injeção do “bumbum”, pois, até então, ela tinha conhecimento, através de outras tentantes, apenas das injeções na barriga: “Será que é gonadal também?”, “Acho que não, porque senão ela dava uma dosagem só”, “Cheguei em casa e fiquei perturbada com isso, nem consegui dormir pensando nisso”. Sua preocupação podia ser traduzida no medo de que seu corpo não estivesse respondendo a contento à estimulação ou no receio de que, em suas palavras, “a fábrica estivesse sem funcionar”. Diante de tudo, recomendei a Clara que ela mesma tirasse suas dúvidas, ao que ela respondeu que já havia perguntado, mas que a enfermeira respondera apenas que fazia parte do tratamento, e completou dizendo: “a gente sai dali e não sabe de

nada, se está bom ou se está ruim”. Quando a equipe de especialistas decidiu por continuar o processo de estimulação, Gonol, Cetrotide e Menopu foram as três injeções aplicadas em Clara. A questão é que essa informação só foi possível quando eu mesma questioneei à enfermeira sobre o que estava sendo medicado. Não houve explicação ou registro escrito direcionado à tentante, exceto no caso dos medicamentos entregues em isopor com gelo para aplicação em residência⁹⁶ (anexos 4 e 5).

O receio de Clara de que sua “fábrica” estivesse sem funcionar, bem como a entrega de si mesma, mesmo diante das dúvidas, ao saber médico, reflete a trama das mulheres cujos corpos “anormais” estiveram e estão sob a tutela da ciência médica que vem se ocupando, ao longo da história, das diferentes esferas da vida reprodutiva - desde o controle da vida sexual para fins reprodutivos, até o próprio processo de medicalização do desejo.

Diante de tantos desejos, e pela máxima liberal do acesso democrático à medicalização para que tais desejos sejam passíveis de concretização - inclusive no que tange ao processo reprodutivo -, cresce vertiginosamente tanto o número de clínicas, quanto especialistas ao redor do mundo. No entanto, nem sempre o controle sobre a técnica tem se dado na mesma proporção de seu alcance, extensão ou disponibilidade. Tal realidade, muito expressiva no contexto brasileiro, tem ratificado a hipervalorização da ciência e do saber médico numa situação em que os laboratórios têm tido cada vez mais força, inclusive sob o aval do Estado, cuja ação, para além da acessibilidade às tecnologias, tem sido pouco ou nada expressiva.

O desconhecimento das tentantes acerca do destino de seu material genético, as suspeitas de que especialistas da área de reprodução assistida estariam recebendo comissão ilegal de laboratórios⁹⁷ e, ainda, casos como o do

⁹⁶ A entrega do isopor com gelo contendo medicamentos trata-se de um procedimento habitual quando o período de estimulação hormonal por via injetável adentra os finais de semana.

⁹⁷ Em 09/12/2005, a Folha de São Paulo publicou um artigo intitulado: Suspeita: preço de remédio varia conforme o médico` que, em seguida, foi reproduzido na página eletrônica do Sistema Nacional de Auditoria – SNA (<http://sna.saude.gov.br/imprimir.cfm?id=2021>) . Dentre as questões levantadas em tal artigo, a principal seria que, no Estado de São Paulo, o preço dos remédios estariam variando de acordo com o médico que assinasse a receita e que tal prática feriria o Código

médico Roger Abdelmassih que, atualmente, é foragido da polícia, falam quão potencialmente ameaçado se encontra o discurso regular de autodeterminação ou autonomia reprodutiva das mulheres, mesmo diante de dispersões identificadas, em certa medida, na crítica realizada pelas próprias tentantes ao tratamento mercadológico concedido pelos/as especialistas a elas.

4.2. Medicamentos, Óvulos, embriões e corpos femininos entre recomendações éticas, legalidades e transgressões médicas.

*“ao final desse tempo, ele, de uma maneira muito franca e honesta, disse: ‘Olha, eu não tenho mais condições de lhe tratar, porque eu já não sei mais o que fazer em relação a você, tá certo? E eu gostaria que você procurasse outra pessoa’, e aí ele me deu o nome do Dr. Roger Abdelmassih em São Paulo [...] Eu resisti muito, não fui a Dr. Roger Abdelmassih, mas aí Dr. Roger, no final de 2008, 2007, 2008, mais ou menos, esteve aqui em Recife no lançamento de um livro, e eu e meu ex-marido fomos procurar o Dr. Roger. Ele explicou uma série de procedimentos e tal, disse como poderia ser feito, falou do útero de substituição, disse as opções. Só que eu e meu marido saímos chocados com o procedimento dele e resolvemos não fazer. Dar tempo ao tempo. **[chocados com o quê?]** Com a forma como ele tratava, como uma forma muito comercial, era mais um...a gente era um quantitativo para ele, entendeu? [...] Dentro de um processo como esse, uma coisa que eu procurei manter, viu Sheila, foi o meu respeito e a minha dignidade. Eu nunca me, vamos dizer assim, me prostituí a qualquer preço, certo? Então a gente concordou que tudo tinha um limite e que aquele era o limite a que a gente tinha chegado” Aretha*

Aretha, apesar de não ter utilizado dos serviços de Roger Abdelmassih (a quem se refere no fragmento da entrevista acima), gastou entre cirurgias, viagens e procedimentos de FIV, aproximadamente R\$ 90.000, 00 e foi a única entrevistada que abordou o útero de substituição como alternativa para o que considerava ser o seu problema. Roger Abdelmassih, considerado o “papa” da Reprodução Assistida, foi acusado em 2009 por estupro e atentado violento ao pudor, sendo condenado a 278 anos de prisão. Está foragido desde janeiro de 2011 e sobre ele há ainda suspeitas de que tenha realizado, para além de violência sexual,

de Defesa do Consumidor, a legislação da ANVISA sobre comércio de medicamentos e o código de ética médica.

procedimentos considerados antiéticos e ilegais, tais como manipulação genética, sexagem e estimulação ovariana com vista à produção de excedentes para fins comerciais⁹⁸. As suspeitas sobre a recorrência de tais práticas antiéticas e ilegais aumentam na medida em que, por exemplo, as taxas de sucesso de sua clínica eram apresentadas como muito mais altas do que as de outras clínicas, inclusive mais até que a REDE, instituição científica que na época reunia mais de 90% dos centros de reprodução humana da América Latina (figura 7).

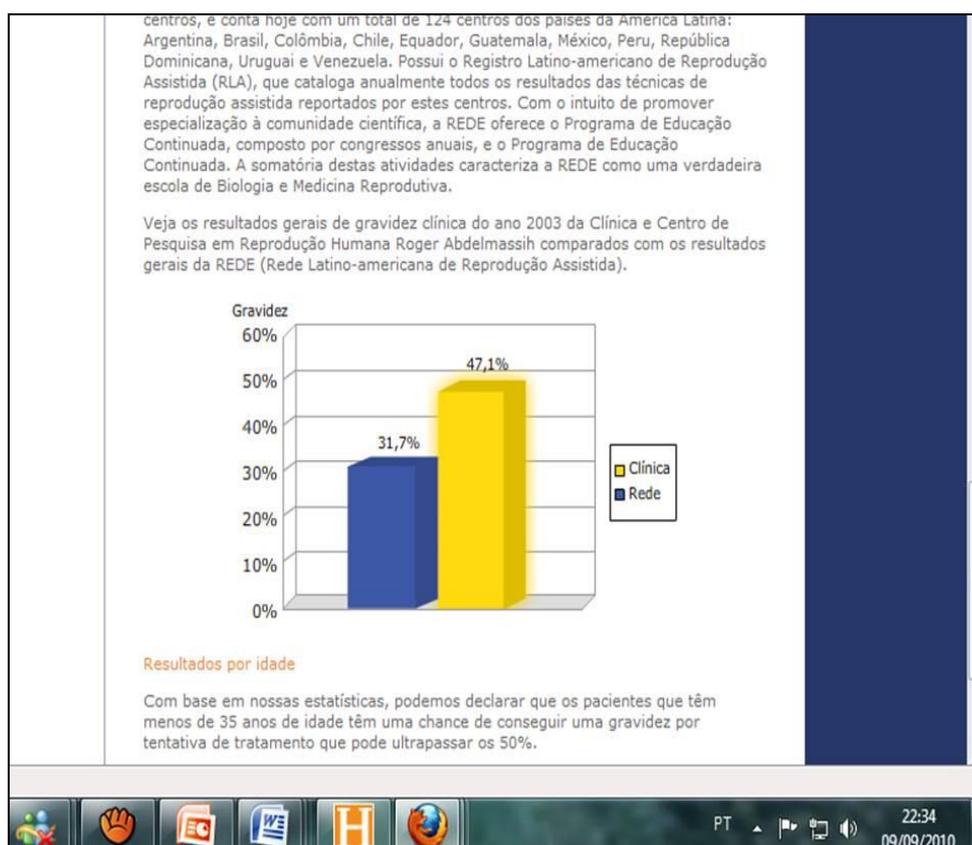


Figura 7 - comparação de taxa de sucesso entre clínica de Roger Abdelmassih e REDE

As acusações contra o ex-médico foram agravadas por outras condutas antiéticas e ilegais, e conseqüentemente colocaram em xeque os discursos meramente positivados em torno da RA representados, entre outras coisas, na

⁹⁸ Dentre as acusações contra Roger Abdelmassih estiveram que, até em mulheres que não precisavam de muitos óvulos, houve estimulação para produção em excesso a fim de que fossem ofertados a outros clientes.

promessa das altas taxas de eficácia, na esperança, na crença, tanto em torno das tecnologias reprodutivas, quanto em torno de seus especialistas e clínicas. A assessoria de imprensa do IMIP, por exemplo, quando da inauguração do setor de RA, em 2009, tornou público o seguinte: “As chances de êxito giram em torno de 50% considerando fatores como idade da mulher e complexidade caso a caso”⁹⁹. No segundo semestre de 2012, quando as regras de cadastro para o setor de RA do IMIP foram modificadas e uma matéria de página inteira foi realizada a partir de um dos principais jornais de Pernambuco¹⁰⁰, a informação que constava era a seguinte: “O serviço atende 70 pacientes ao ano. Em 2011, 17 mulheres conseguiram engravidar por meio do programa. Ou seja, as chances de sucesso foram de 58%”. A busca pela legitimidade das técnicas e seu uso diante do investimento público demanda, certamente, mais que em qualquer outro contexto, o discurso do sucesso. No entanto, a questão que fica é o que esconde tal discurso e, ainda, como afirmar um percentual de 50% ou, num cálculo, no mínimo, equivocado, 58%, quando se está diante de 31,7% da REDE e até mesmo de 47,1% da clínica do “papa”? Se o serviço atendeu 70 pacientes ao ano, e somente 17 mulheres engravidaram, a taxa de sucesso foi de 24% e não, como fez constar o IMIP na matéria referida anteriormente, 58%. Inclusive, talvez justamente pelo baixo resultado, é que as regras para cadastro tenham sido modificadas. Afinal, quanto maior é a idade da mulher, menor é a probabilidade de sucesso e o fragmento da referida matéria, a seguir, nos mostra a verdade em tal argumento:

“Quando o programa foi inaugurado, em 2009, não havia critério quanto à idade. As mulheres se cadastravam aos 39 anos, por exemplo, e quando iam passar pelo tratamento já estavam com quase 45 anos. Assim, as chances de sucesso eram quase remotas”, explicou a médica especialista em reprodução humana Catharina Monteiro.

Foi o discurso do sucesso em forma de percentuais que justificou, por exemplo, que o médico de Aretha, ao fim de uma série de tentativas sem sucesso,

⁹⁹ <http://www1.imip.org.br/cms/opencms/imip/pt/imprensa/noticias/0031.html>

¹⁰⁰ http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/vida-urbana/2012/08/14/interna_vidaurbana,390927/mudam-as-regras-para-cadastro-em-programa-gratuito-de-reproducao-assistida.shtml

tenha recomendado que ela buscasse o “papa”, e que ela mesma o tenha procurado apesar da resistência que assumira em face da abordagem do referido médico.

A resistência, o limite, o ponto em que a dignidade é colocada acima do “prostituir-se a qualquer preço”¹⁰¹, como dito por Aretha, é a fissura no discurso regular. É a quebra, a rachadura, a promessa mesma das tecnologias da reprodução transgredida a cada articulação que compreende em si discursos do mercado, do biopoder e do patriarcado. Está para além do fazer jus à liberdade em relação ao próprio corpo, seja lá em que situação for, e compreende o momento da escolha, da decisão pela ponderação das alternativas e suas consequências. Se há um contexto de vulnerabilidade a partir da qual as mulheres assumem e, paradoxalmente, produzem os sulcos no discurso regular que a promessa confere à tecnologia, esse é um ponto merecedor de destaque e é sobre ele que nos deteremos a seguir, ao retomar o caso de Clara em articulação com os mecanismos legais de controle sobre tais tecnologias e sua eficácia.

Depois que Clara teve os folículos grandes desprezados e os pequenos estimulados, e os óvulos foram unidos aos espermatozoides de seu marido, onze foi o número de embriões que se desenvolveram. Numa primeira tentativa, dois foram transferidos para seu corpo e nove encaminhados para criopreservação. Segundo ela, que recebeu informações orais do serviço de RA do IMIP, restaram dois tubos da primeira tentativa, cada um contendo três embriões. Na segunda tentativa, assim como na primeira, do tubo de três embriões foram transferidos dois, enquanto o terceiro não sobreviveu ao descongelamento. Na terceira tentativa, que ela vivenciava no momento do último contato (quase um ano após a

¹⁰¹ Não se prostituir a qualquer preço, no caso de Aretha, significava não se submeter a qualquer procedimento, sob quaisquer condições. Em que pesem os significados diferenciados, o tema da prostituição no meio da reprodução já foi explorado, por exemplo, a partir de Gena Corea (1996, p. 165), quando esta faz as seguintes observações: “À medida que as tecnologias conceptivas se expandem, sua concepção industrial também cresce: os óvulos tornam-se matéria-prima e são tirados do ovário de uma mulher para serem implantados no útero de outra. Essas mulheres serão consideradas procriadoras, como animais de procriação, vendidas como tais. Acredito que esta seja uma nova forma de prostituição, uma prostituição reprodutiva, da qual muitos médicos são os estimuladores”.

primeira transferência), novamente dois embriões de um tubo de três foram transferidos e um retornou para criopreservação.

Todas essas informações ela obteve de maneira muito informal, nenhuma delas esteve registrada, assinada ou consentida como recomendado pela Red Latino-americana de Reproducción Asistida – REDE - através do documento “*Formularios de educación y consentimientos de reproducción asistida*”¹⁰² ou mesmo como propunha um dos documentos direcionados às tentantes (Anexo 3), cujo modelo recebi do setor de RA do IMIP ainda em minha primeira visita após autorização do campo pelo comitê de ética da instituição.

Entre a primeira e a terceira tentativa, quatro foram os embriões que deixaram de compor o rol das esperanças de Clara e isso sem que ela tivesse maiores detalhes a respeito dos motivos que justificassem tal desfecho. Ela chegou a expressar voluntariamente que estava ficando preocupada e que, inclusive, uma “colega de recepção” foi bem direta perguntando à médica se estariam sendo utilizados para colocar em outras pessoas, ao que a médica teria respondido que isso jamais aconteceria, tanto por questões éticas, quanto por questões legais. Embora este capítulo tenha sido iniciado, entre outras coisas, com alusão direta às irregularidades da clínica e do ex-médico Roger Abdelmassih, há que se esclarecer que não houve e nem há intenção de inferir qualquer conduta antiética por parte do serviço de RA do IMIP. Chamar a atenção para a fala inquieta dessas tentantes significa atrair para o fato de que a ausência de esclarecimentos, inclusive quanto aos detalhes técnicos, corrobora não só para a situação de fragilidade emocional e insegurança na qual elas já se encontram (e isso para além de serem verdadeiras ou não suas suspeitas), como principalmente, para a limitação de sua autonomia quanto à tomada de decisões.

No que tange a tais questões éticas e legais, as Resoluções da Diretoria Colegiada da ANVISA aprovam, por exemplo, o regulamento técnico para o funcionamento dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos - BCTG (33/2006 e 29/2008); também aprovam o envio da informação de formação de embriões

¹⁰² <http://www.redlara.com/imagenes/arq/Consentimientos%20informados.PDF>

humanos produzidos por FIV e não utilizados no respectivo procedimento (29/2008) e, ainda, dispõem sobre a obrigatoriedade da execução e notificação de ações de campo por detentores de registro para a saúde do Brasil (23/2012). O descumprimento das disposições contidas em tais resoluções constitui infração sanitária nos termos da Lei nº 6.437 de 20 de agosto de 1977.

As informações acerca dos embriões e a obrigatoriedade da notificação das ações de campo por meio do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio - tem dado a tônica dos possíveis limites legais relativos ao funcionamento dos estabelecimentos assistenciais de saúde especializados em reprodução humana assistida. No entanto, a utilização de células-tronco embrionárias (para além da possibilidade de uso em terceiros) tem sido permitida para fins de pesquisa e terapia e isso sem que exista controle efetivo sobre a produção de embriões, ou mesmo, e minimamente, sobre as informações que constam no SisEmbrio.

Sobre a inexistência de algum tipo de fiscalização no que tange à produção de embriões no contexto pernambucano, no *primeiro relatório*¹⁰³ SisEmbrio divulgado pela ANVISA em 2008, apenas um BCTG, ou seja, apenas uma clínica de RA havia disponibilizado informações por meio do preenchimento do SisEmbrio. A questão é que em 2008, apenas Recife¹⁰⁴ já contava com, no mínimo, quatro clínicas – Clínica Nascer, Clínica Gerar, Clínica Armínio Collier e o Centro de Reprodução Humana. Nos levantamentos seguintes da ANVISA, pelo menos até o *quarto*¹⁰⁵, que data de 2011, o fenômeno se repetiu, por vezes, com registro nulo das clínicas, como foi o caso do terceiro relatório (ano base 2010), em que nenhuma clínica de PE teria preenchido o SisEmbrio, como pode ser observado a seguir:

¹⁰³http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/15ecee804745885f91e1d53fbc4c6735/relatorio_sisembrio.pdf?MOD=AJPERES [acesso em 17/09/2012].

¹⁰⁴ Pernambuco conta com clínicas também em Caruaru e Petrolina e essas também deveriam constar no banco de informações.

¹⁰⁵http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7ac13380474592b89b14df3fbc4c6735/relatorio_sisembrio_2.pdf?MOD=AJPERES

UF	Serviços	Embriões congelados n (%)						Doados para pesquisa n (%)			
		Total		Inviáveis congelados		Não inviáveis congelados		Congelados		Fresco	
SP	6	4.178	(51,8)	75	(85,2)	4.103	(51,5)	126	(27,7)	31	
MG	5	1.855	(23,4)	0	(0,0)	1.885	(23,7)	251	(55,2)	4	
RJ	3	1.107	(13,7)	0	(0,0)	1.107	(13,9)	32	(7,0)	0	(0,0)
PR	6	355	(4,4)	12	(13,6)	343	(4,3)	0	(0,0)	0	(0,0)
SC	3	192	(2,4)	0	(0,0)	192	(2,4)	0	(0,0)	0	(0,0)
RS	1	107	(1,3)	0	(0,0)	107	(1,3)	0	(0,0)	0	(0,0)
PB	1	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
CE	1	7	(0,1)	1	(1,1)	6	(0,1)	27	(5,9)	0	(0,0)
SE	1	3	(0,0)	0	(0,0)	3	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
DF	1	224	(2,8)	0	(0,0)	224	(2,8)	19	(4,2)	0	(0,0)
Total	31	8.058	(100)	88	(100)	7.970	(100)	455	(100)	35	(100)

Fonte: SisEmbrio/Anvisa/2010, dados extraídos em 01/02/2010

Tabela 7 - SisEmbrio/Anvisa/2010

O SisEmbrio tem sido justificado, entre outras coisas, por se tratar de um passo importante de controle sanitário das clínicas de reprodução humana assistida no Brasil. No entanto, na prática, o quarto relatório SisEmbrio destaca que 72 foi o número de clínicas que disponibilizou informações tendo por ano base 2010, enquanto que o número de BCTGs no Brasil nesse mesmo ano, segundo a SBRA, seria contabilizado em 120, ou seja, qual é o controle sanitário que existe efetivamente? E, mais que isso, como tal fato reverbera na vida das tentantes?

Uma vez que, segundo Clara, ela produziu onze embriões e só foram transferidos seis, e um estaria congelado, qual o fim dos outros quatro embriões? Eram inviáveis? Degeneraram? Quem garante, e como? Apenas quem poderia garantir as informações relativas aos embriões de Clara seria a equipe médica. No entanto, essa equipe não foi questionada quanto às suas decisões e o foco esteve na percepção das tentantes acerca de tais dispositivos. Isso quer dizer que saber

se os embriões degeneraram, ou se estavam inviáveis ou porque estavam inviáveis não era o mais importante, inclusive porque isso significaria adentrar as discussões sobre o Diagnóstico Genético Pré-implantacional – PGD e, a despeito de sua importância, esse não foi o propósito e nem tínhamos recursos analíticos suficientes. A questão é que Clara, a partir dos quatro embriões “perdidos”, ainda poderia se submeter a mais duas transferências sem que precisasse se expor a novo ciclo de estimulação hormonal, o que a pouparia, assim como à maioria das tentantes, de outro ciclo de sofrimento e tantos outros sacrifícios. Decorre daí um ponto muito importante, mas pouco ou quase nada considerado: as mulheres não têm tido nenhum tipo de controle sobre o material genético produzido por elas, e essa é uma questão crucial quando o que está em jogo diz respeito aos processos de sofrimento e sacrifícios vivenciados e, em que medida, esses acabam por ser problematicamente e paradoxalmente legitimados através de sua invisibilidade no decurso das tentativas.

4.2.1. **Sobre medicamentos, condições de acesso e outras questões**

Normalmente uma mulher produz um óvulo por ciclo menstrual. No entanto, sendo matéria-prima para produção de embriões – e esse é o objetivo - o processo de estimulação que muitas vezes acaba por culminar na produção de excedentes fica invisibilizado na lógica do “quanto-mais-melhor” para, teoricamente, e na melhor das hipóteses, aumentar as chances de sucesso da técnica. No Termo de consentimento para indução da ovulação na Fertilização in Vitro (anexo 06) cedido por Billie e seu marido, a proposta da clínica que, obrigatoriamente, deveria ser assinada pelo casal é clara: “*O objetivo da estimulação para realização da fertilização in vitro (bebê de proveta) é alcançar o desenvolvimento de um maior número de folículos possíveis e assegurar um desenvolvimento endometrial receptivo à implantação de embriões...*”, ou seja, produzir 15, 20, 24 folículos passa a parecer algo tão natural aos/às profissionais e, por consequência, também às tentantes que, sequer, há questionamentos acerca de possíveis controles, limites, ou fiscalização como há, por exemplo, em relação aos embriões, e é sobre isso que nos debruçaremos a seguir.

	Clínicas particulares de RA	Rede Pública – SUS – Recife
1.	- Investimento individual	- Investimento público
2.	- Não possui lista de espera	- Possui lista de espera e pode durar de seis a sete anos;
3.	- Não há restrições quanto à idade, orientação sexual e outros arranjos, tais como utilização de útero de substituição; trabalham com doação de óvulos ou sêmen;	- Há restrições quanto à idade (35 anos ou menos), orientação sexual e outros arranjos; não trabalham com doação de óvulos ou sêmen;
4.	- Sem limites quanto à quantidade de tentativas ou submissão aos ciclos de estimulação ovariana por meio de uso de medicamentos	- A mulher pode se submeter a apenas dois ciclos de estimulação ovariana a partir do uso de medicamentos;
5.	- Identificação de transgressões relativas às recomendações do CFM quanto à quantidade de embriões a serem transferidos por tentativa.	- Não identificação de transgressões relativas às recomendações do CFM quanto à quantidade de embriões a serem transferidos por tentativa.
6.	- Suspeita de hiperestímulo a partir das entrevistas	- Confirmação de hiperestímulo em um caso e suspeita de outro caso durante o período de registro etnográfico.
7.	- Não possui serviços de acompanhamento por psicólogas/os	- Possui serviço de triagem; Os casais dispõem de acompanhamento por psicólogas/os em casos considerados graves a partir de terapia de grupo.
8.	- Há clínicas particulares que admitem o congelamento de embriões por tempo indeterminado, enquanto outras descartam definitivamente os embriões após os procedimentos.	- Há limites quanto ao tempo de congelamento dos embriões – o casal deve decidir o que fazer com os embriões excedentes até um ano após a primeira tentativa.
9.	- Pouco ou nada fiscalizado pelo Estado.	- Passível de maior fiscalização por parte do Estado, embora não tenha sido identificada nenhuma ação nesse sentido durante o período de registro etnográfico.

Tabela 8 - comparação entre serviço de RA da rede pública e privada

A partir do quadro acima, pode-se dizer que as mulheres que realizam a FIV em clínicas particulares têm a técnica de FIV como produto facilmente acessado desde que disponham de recursos econômicos para tal. Esta facilidade tem sido objeto de demanda por quem entende que os serviços de reprodução assistida devam ser igualmente acessíveis às mulheres de baixa renda como direito reprodutivo garantido por meio de políticas públicas. Atualmente o Estado brasileiro disponibiliza cinco centros de RA no Brasil (três em SP, um no DF e um em PE). O centro de RA do IMIP, centro de referência no N/NE, dá acesso universal à técnica (independente das mulheres serem de baixa renda ou não), o que não quer dizer que qualquer mulher, ou casal, em qualquer circunstância, venha a ser beneficiado.

Como observado no quadro acima, no serviço público há restrição relativa à idade, à orientação sexual e às práticas como o útero de substituição. Além disso, uma vez que tenham acesso, duas tentativas ou dois ciclos de estimulação hormonal é o limite imposto, não por recomendações médicas, mas por envolver recursos públicos, afinal, outros que enfrentam uma longa lista, esperam a sua vez – e essa espera, também ela, é geradora de estresse e esgotamento emocional. Este é o limite apresentado aos casais que buscam o serviço de RA financiado pelo SUS. No que tange às mulheres que buscam os serviços particulares (e quando estas dispõem de recursos econômicos a perder de vista), será apenas o seu limite subjetivo, ou aquele apontado pelo especialista após uma série de tentativas (cuja quantificação é, *a priori*, impossível) o que determinará, ou não, a desistência ou continuidade das tentativas.

O não limite para as experiências médicas, que podem resultar em sucesso ou fracasso (e a maior probabilidade, estatisticamente falando, é de fracasso – 65% de acordo com a REDE) mesmo nos casos mais “simples” (ou seja, que não envolvam doação de material genético de terceiro, ou útero de substituição), ainda assim dizem respeito a uma série de procedimentos calcados em aparatos éticos que podem vir a ser ignorados diante da ausência de fiscalização por parte do Estado, como foi o caso de algumas clínicas, cujo comportamento veio a ser identificado a partir das entrevistas. Esse é o ponto que problematiza a “liberdade”

e as altas taxas de sucesso das clínicas particulares que, sem ter seus procedimentos fiscalizados pelo Estado, sentem-se livres, tanto no processo de estimulação, quanto no procedimento de transferência embrionária. Sentem-se livres para estimular hormonalmente as mulheres para que produzam o máximo de folículos possível (e esta não é uma prática recomendada, dada a iminência de todas as consequências da hiperestimulação ovariana), quanto para transferirem a quantidade de embriões que entendam que seja melhor - e não aquela recomendada, ou pela ANVISA, ou pelo CFM, considerando que o “melhor” referenciado, muitas vezes está pautado nas maiores taxas de sucesso da técnica e na publicidade de tais resultados. A preocupação quanto às taxas de sucesso da técnica têm sido estendidos também ao serviço de RA financiado pelo SUS, pois até o ano de 2012, mulheres com até 40 anos podiam entrar na lista de espera e, agora, apenas aquelas com 35 ou menos podem fazer uso da técnica, desvirtuando em certo sentido a lógica que subjaz uma das justificativas pelo uso da técnica, qual seja, de que as mulheres estariam priorizando estudos e carreira profissional e adiando o sonho da maternidade, tendo as tecnologias da reprodução como fortes aliadas nesse processo por uma maior autonomia.

No mais, outro ponto muito importante destacado na tabela acima, diz respeito à rede de apoio ou ao apoio institucionalizado às mulheres, e aos casais, que se encontram psicologicamente abalados por não conseguirem gerar ou ter, efetivamente, um filho biológico. De acordo com as entrevistas foi possível perceber o quanto as mulheres que buscam as clínicas particulares sentem uma maior ausência de parâmetros, pois realizam os procedimentos de modo muito solitário, sem pessoas com quem possam compartilhar suas angústias e suas dúvidas. Certamente por isso, tantos tenham sido os registros, ainda na fase exploratória da pesquisa, de uma forte comunicação por meio das redes sociais e, ainda, iniciativas pontuais de encontros “ao vivo” entre tentantes, como revelado por Nina (a primeira entrevistada). Além disso, foi recorrente entre as entrevistadas e entrevistados que realizaram a FIV em serviços particulares, alusão à ausência de comunicação da parte dos/as especialistas após tentativas sem sucesso, o que as deixaram num estado de tristeza igual ou superior àquele sentido antes da

tentativa, tanto porque o insucesso não faz parte das promessas dos milagres promovidos pela ciência, quanto porque não saber o que deu errado é voltar à intangibilidade da vida. Seria o retorno ao absurdo do não domínio, do não controle, do não saber. Regresso ao caos e ao luto, ao que se desejava esquecer mas que, na durante a caminhada pelos procedimentos, é a todo o momento lembrado. É a maternidade somente possível pela via exclusiva do corpo, que é lembrada a cada limite que o corpo impõe.

Psicólogas que prestam assistência psicológica de orientação psicanalítica às mulheres no Centro de Reprodução Assistida na Clínica de Ginecologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP pontuam que, através da realização de entrevistas clínicas, localizaram que o sofrimento das mulheres está principalmente, na impossibilidade que seus corpos lhes apresentam e na ansiedade (motivo pelo qual, em geral, são encaminhadas para o setor de psicologia) em decorrência do não conseguir engravidar. Para essas psicólogas, “estamos diante de pacientes para quem ser mãe é, necessariamente, gestar, e é nisso que elas insistem, na gestação, porque para elas a maternidade só é possível pela via exclusiva do corpo, nunca da linguagem” (ÂNGELO et al. 2009, p. 47)

Entre as treze mulheres entrevistadas, sete conseguiram engravidar, seis tiveram filhos vivos, duas tiveram gravidezes que culminaram também em filhos mortos (todos eles em decorrência de gravidezes gemelares) e apenas uma delas recorreu à adoção depois de uma tentativa frustrada de FIV.

Com a desistência ou adiamento de uma possível adoção, são iniciados ou continuados os procedimentos da FIV. A depender da idade da mulher, e de outros fatores orgânicos, há variações tanto no uso dos hormônios, quanto nos efeitos colaterais produzidos por eles. A fala de Aretha, cujo fragmento está transcrito, a seguir, traduz um pouco a relação entre o processo de estimulação hormonal e os sofrimentos e sacrifícios que estão no seu entorno

Então nunca cheguei a impor ou, vamos dizer assim, finalizar uma adoção porque eu não sentia segurança da parte do meu companheiro na época. E era muito importante que ele estivesse ciente disso. Então eu fui até, eu acho, além do limite que eu me permitia por conta dele na época. Eu tive uma série de

complicações por conta da medicação tanto que, por conta dos meus hormônios, eu ganhei 12 quilos, eu entrei num processo de depressão, eu tive alteração de humor, eu tive uma série de efeitos colaterais por conta da medicação. Primeiro porque eu já sou muito susceptível por conta dos problemas hormonais, segundo porque eu recebo uma dose muito maior do que outras mulheres que recebem porque eu só tenho de fato um útero¹⁰⁶ que funciona exatamente. Então na época, pra você ter uma ideia de parâmetro, tinha uma senhora de 42 anos, e eu tinha o quê na época? 32! E ela tinha 42, 43 anos. Ela recebia metade da minha dosagem. Enquanto ela fez dezesseis folículos, eu fiz seis . Aretha.

A fala de Aretha - para além de aspectos tão passíveis de destaque, tais como a relação com o marido e a adoção como possibilidade (que serão explorados a seguir) - referencia um processo sofrido cujo ponto central é o corpo que reagiu negativamente a uma série de estímulos hormonais de alto impacto físico e emocional. Processos semelhantes são vivenciados por outras tentantes, tais como Etta, Amy, Ella, Clara e Mercedes, que expuseram suas dores – inclusive significadas enquanto tal - e que podem ser observadas através dos fragmentos a seguir:

... eu produzi 19 folículos e o normal é a mulher produzir um ou dois folículos que amadurecem para ser um processo natural, e aí você vê a agressão do tratamento. É muita “bomba”, entre aspas, que a gente toma. Eu fiquei transformada. Os meus colegas de trabalho, eu notava, as pessoas olhavam para mim, e eu suava. Eu ia dar aula porque não estava afastada ainda, era muito hormônio, era muito ruim a sensação física e é uma sensação muito perversa porque você tem todos os hormônios de uma gravidez, então você está grávida física e psicologicamente, e não está. Amy.

O que está por trás disso é uma carga muito grande, uma carga psicológica muito grande, porque, assim, o tratamento ele é, digamos, ele é complicado. Você, a mulher, toma uma carga de hormônio muito grande, então ela fica chata, sensível, se você não tiver muito bem com seu marido isso pode colocar o casamento em risco. Eu conheço casais que se separaram nessas tentativas. Ella

¹⁰⁶ [sic] A entrevistada se confundira apenas nesse momento, pois já havia informado que apenas um dos ovários funcionava a contento trabalhando inclusive, em excesso, para compensar a deficiência do outro. Seu útero tinha problemas de atrofia, mas ela tinha consciência de que, como a maioria das mulheres, só tinha um.

Em torno de tais hormônios que são administrados via injetável, existem elementos que precisam ser levados em consideração por expõem as tentantes a diferentes experiências durante o processo de estimulação. Dentre tais elementos apontamos o indispensável: a forma de acesso a tais hormônios. Decerto que, entre as tentantes atendidas no setor público e privado, há uma inquestionável diferença marcada essencialmente pela distribuição sem custo dos medicamentos. No entanto, há que se dizer ainda que, também entre as próprias tentantes dos serviços particulares, existe uma grande diversidade de relatos marcados, ora pela disciplina, ora pela pressa, ora por dúvidas, enfim, por uma série de processos subjetivos deflagrados por situações objetivas que passam por, pelo menos, quatro perguntas: Como adquirir os medicamentos? Quem aplicará as injeções? Como deverá ser o comportamento no período da aplicação? E, por fim, como lidar com todos os efeitos colaterais advindos de tais aplicações - sejam eles de ordem física ou emocional?

As estratégias de acesso aos medicamentos, sejam lá de que ordem for - se econômicas, se políticas, se puramente logísticas -, são caras ao estudo dos discursos que as mulheres produzem acerca de si mesmas e de suas experiências pessoais ao buscar a FIV porque incluem possibilidades de análises sobre acesso mínimo às informações dos medicamentos utilizados, sobre os efeitos colaterais e riscos, sobre nível de exposição socioeconômica e, ainda, sobre investimento financeiro.

As tentantes entrevistadas para esta pesquisa apontaram, pelo menos, três caminhos de ordem econômica para adquirir os medicamentos: via SUS, via clínicas privadas e via **Programa Acesso**.

O Programa Acesso, já apresentado rapidamente em páginas anteriores, é um programa da Merck Serono, cujo objetivo seria facilitar o tratamento de reprodução assistida para casais sem condições financeiras, arcando, segundo eles, com todas as despesas (embora, no caso das entrevistadas para esta pesquisa que acessaram tal programa, elas tivessem que desembolsar boa parte de tais despesas). Para ter acesso ao programa, seria necessário, primeiro, a intermediação de um médico ou clínica habilitada. Em junho de 2011, por exemplo,

pelo menos três clínicas de RA localizadas em Recife estavam cadastradas no programa: Clínica Collier, Clínica de Reprodução Humana – CRH - e Clínica Gerar. Os nomes de tais clínicas não estavam (e nem estão) disponíveis na internet, sendo conhecidas apenas após submissão de dados (RG, CPF, endereço residencial e endereço eletrônico) a um link de cadastro que logo se apresenta ao clique de busca. Os nomes das clínicas com seus respectivos telefones são encaminhados apenas para o e-mail cadastrado, e recebi-o em meu próprio e-mail, após cadastro de minhas informações. Sem continuar o processo a partir de meus dados, atendo-me ao processo pelo qual se submetem os casais. Já com o parecer médico, o casal deve prestar todas as suas informações financeiras¹⁰⁷ através do preenchimento de um formulário e, depois, se tudo estiver dentro do esperado, recebe um código, ou uma chave de compra que permite o acesso aos medicamentos com desconto nos locais associados ao programa. De acordo com o site, cada clínica participante poderia vir a oferecer, segundo seus critérios, descontos nos honorários médicos que, por sinal, variaram sobremaneira entre uma entrevista e outra.

Billie, por exemplo, uma das tentantes entrevistadas que recorreu ao programa acesso através de um cadastro realizado na própria recepção da clínica, chegou a dizer o seguinte sobre valores: “Foram mais de R\$ 8 mil porque na época eu peguei o desconto do programa, mas de médico eu paguei R\$ 4.500,00 para ele. Ele já fez um preço camarada para mim...”. Um ano antes da entrevista com Billie, um dos médicos da clínica em que ela havia realizado o procedimento disse o seguinte em entrevista:

¹⁰⁷ Cópia do CPF; Cópia do RG; Última Declaração de Imposto de Renda completa (individual ou conjunta); Cópia do recibo de envio da Declaração de Imposto de Renda; Caso seja isento, enviar o holerite/contra-cheque (dos últimos 3 meses); Caso seja autônomo isento, enviar o DECORE (Declaração Comprobatória de Percepção de Rendimentos); Cópia da receita médica atestando que a paciente está apta a iniciar o tratamento de reprodução humana. Caso seja pessoa jurídica, deverá encaminhar, além dos documentos já solicitados, os seguintes documentos para análise: IRPJ - Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (DASN/DIPJ); Recibo de Envio do IRPJ; Declaração do Contador contendo retirada de pró-labore mais a distribuição de lucros.

Você manda uma carta para o laboratório, o laboratório analisa suas condições e aí ele determina que essa medicação que você ia gastar de R\$ 5 mil a R\$ 6 mil, você passe a gastar R\$ 2 mil. A paciente sendo aprovada no 'Acesso', a clínica também dá um desconto para paciente e a paciente acaba gastando em torno de R\$ 4.800,00 a R\$ 5.300,00. Fora isso, se ela não tiver esse programa 'Acesso', se vier em condições normais, ela vai pagar R\$ 6.800,00 no tratamento e mais uns R\$ 4.500,00, R\$ 4.200,00 na medicação. Médico 1

Considerando a incoerência entre as falas de Billie e do profissional (acima), a impressão que fica é que a experiência da tentante foi vivida em outra clínica, e em um outro contexto. Afinal, há uma grande oscilação de valores informados e sobre estes, de fato, parece não existir nenhum tipo de fiscalização.

Adquirir os medicamentos no contexto das clínicas particulares, sem que seja por meio do Programa Acesso, tem significado obtê-los tanto a partir das próprias clínicas, quanto através de fornecedores indicados pelas clínicas ou, ainda, de farmácias comuns. Cada modalidade de compra fala minimamente acerca da relação estabelecida entre a tentante e a droga a ser consumida. A não ser pela compra direta em farmácias comuns, as tentantes não tinham acesso aos nomes ou às bulas dos medicamentos, como expresso no caso de Amy, que dissera algo ao longo de sua entrevista que, sinceramente, eu não esperava ouvir quando lhe perguntei sobre se ela leu as bulas dos remédios¹⁰⁸. Ela respondeu que não as leu porque não tinha acesso a elas, e explicou o seguinte:

“... são todos administrados, são todos injeções. São todos importados. É uma indústria da fertilização incrível. Tem um laboratório que só eles que vendem. Só eles...e outra coisa: à vista...R\$ 4.500,00 cada remédio...”. O procedimento seria o seguinte: “a gente vai até esse laboratório, aliás, no representante, e faz o pagamento. Aí são os enfermeiros que vão em sua residência, naquele dia, no horário certo, e aplicam a injeção”. Amy

A bula é um documento que, em geral, contém informações sobre composição, indicações, posologias, contraindicações, enfim, aspectos que, minimamente, informam acerca de um medicamento, seu uso e potenciais riscos

¹⁰⁸ Apesar do uso do termo 'remédio', a perspectiva desta pesquisa não é a de que a infertilidade é patologia a ser curada por remédio. O termo mais apropriado seria medicamento.

por meio do esclarecimento dos efeitos colaterais. A pergunta relativa à leitura da bula teve por objetivo alcançar esse mínimo de informações que, em tese, estaria ao alcance das tentantes e corroborariam o discurso liberal da livre determinação e da cidadania biológica. O fato de que Amy não tinha tido acesso nem mesmo a tal documento expôs, mesmo que por um ângulo (dentre tantos), a assimetria nas relações entre tentantes e o discurso médico. Afinal, faz-se constar, ao menos numa bula, a possibilidade de uma hiperestimulação ovariana e sobre esta Amy não tinha a menor ideia. Segundo ela, tal possibilidade só veio a ser reconhecida, ou efetivamente conhecida, quando algum tempo depois de sua tentativa, numa matéria de revista “tipo Cláudia”¹⁰⁹ (como ela mesma se referiu), uma mulher falava de sua experiência de internamento em UTI por hiperestímulo ovariano.

Nenhuma das tentantes atendidas pelo setor de RA do IMIP, entrevistadas e acompanhadas durante os procedimentos, tinham tido acesso às bulas. No caso delas, pelo que pôde ser observado, tal fato se deveu tanto pela “falta de interesse” delas, quanto pelo hábito não questionado (se assim se pode dizer) das profissionais que, naturalmente utilizam as drogas descartando em seguida suas embalagens. Em que pesem as lacunas do esquecimento ou do hábito, há que se considerar que para qualquer procedimento de intervenção médica, faz-se necessária a assinatura do termo de consentimento que deve informar, entre outras coisas, sobre os riscos presentes nos procedimentos. No entanto, no caso das tentantes acompanhadas no IMIP - desde a estimulação até resultado de gravidez - não foram registrados quaisquer termos¹¹⁰. No caso das demais, com exceção de Billie Holliday (que tentou também pelo SUS), e Ella (que tinha certeza que assinara um termo, mas não o encontrara), as demais não lembravam se haviam assinado qualquer termo e, se haviam assinado, se estava em seu poder.

¹⁰⁹ “tipo Cláudia” quer dizer uma revista popular brasileira cujo público-alvo são mulheres. Os assuntos, em geral, têm a ver com amor, sexo, saúde feminina, fitness, entre outros.

¹¹⁰ No modelo de TCLE (anexo 3) entregue pela enfermeira, os riscos previstos dizem respeito à hiper-estimulação ovariana; riscos anestésicos; riscos inerentes à punção folicular (sangramento e ou infecção); torção ovariana; tromboembolismo.

4.3. Óvulos e Punções – os casos de Elis, Clara e Maria

A punção de Elis

A punção de Elis, a primeira tentante que acompanhei no setor de RA do IMIP, estava marcada para uma sexta-feira às 07h da manhã. Depois de subir quatro vãos de escada para fugir do elevador, geralmente lotado, cheguei à porta do setor às 06h40min, mas as portas só foram abertas depois de algum tempo. Enquanto aguardava sentada nas cadeiras no setor de oncologia (setor vizinho ao de RA), outros contatos foram realizados e, a partir deles, entrevistas em outros momentos.

Pouco depois que a porta foi aberta pelas funcionárias, Elis foi orientada a trocar de roupa no vestiário de pacientes, assim como eu que fui orientada a colocar as vestimentas de procedimento no vestiário médico. A partir daquele momento, percebi que estava, de fato, inserida no processo e finalmente acompanharia todas as etapas sem que fosse por meio dos livros ou relatos de outrem. Mais que isso, tratava-se da oportunidade de ter acesso ao que os livros não tinham me dito até então e que, por diferentes razões, não me seriam ditos, nem pelas tentantes e nem pelos especialistas. Era a experiência crua da reprodução assistida que se desvelava pouco e pouco e, certamente, para além do dito.

Adentramos, eu e Elis, o centro cirúrgico e ficamos inicialmente instaladas na sala de repouso enquanto aguardávamos as médicas, a enfermeira e também a anestesista que chegara, mas saíra em seguida, dizendo que voltaria quando tudo estivesse pronto. Eu me encontrava com as chaves dos armários do vestiário (as minhas e as de Elis), bem como com a aliança de casamento de Elis (que ela me confiara) num dos bolsos da roupa verde e grande que eu vestia. Elis estava com um soro no braço e uma bata transparente que a incomodava, ao ponto de enrolar-se em um dos lençóis enquanto dizia: “Quanto a mulher sofre, não é? Tudo por um filho ... dava para escrever um livro”. Ao que respondi: “Escreve, Elis”, e ela replicou: “Não, eu não estou falando eu, é que tem tanta coisa que dava para

escrever um livro...”. Elis falava, certamente, a partir de sua própria experiência, mas falava, ainda, a partir de uma experiência coletiva, um sentimento compartilhado de sacrifícios necessários para ter um filho. Discurso regular geralmente partilhado nos espaços de recepção dos setores de RA, nas terapias em grupo (Elis não participou de um, mas Clara, sim), nas redes sociais (como nos casos de Nina, Etta e Aretha), nas entrevistas e, sem dúvida, nos registros etnográficos e em outras pesquisas já realizadas na área.

Quando as médicas chegaram, Elis foi encaminhada para a maca cirúrgica e lá ficou deitada enquanto os fios de mensuração dos batimentos cardíacos e pulsação eram devidamente posicionados em seu corpo. Tratava-se, afinal, de um procedimento cirúrgico e todas as medidas de precaução deveriam ser tomadas. Numa sala pequena, onze era o total de pessoas presentes ao redor da maca na qual se encontrava Elis, inclusive eu mesma. As demais eram enfermeiras (total de quatro, dentre elas duas residentes), um médico e duas médicas especialistas em RA, uma médica anestesista, uma biomédica (responsável pelo material genético), e outra profissional cuja especialidade não defini e que, assim como eu, só ficou a observar o procedimento. O médico, único homem presente, foi quem posicionou os lençóis no corpo de Elis de acordo com as demandas do procedimento e, apesar de que Elis tentava cobrir seios, púbis e vagina na sala de repouso, estas últimas foram justamente as partes que ficaram descobertas durante todo procedimento. A tela do aparelho de ultrassonografia ia mostrando pouco e pouco as imagens obtidas a partir da fina agulha que retiraria os folículos e, enquanto isso, Elis, já completamente sedada, dormia profundamente com o auxílio de uma máscara de oxigênio apoiada pela anestesista que, já orientada pela equipe, tentava diminuir a forte respiração abdominal que, a esta altura, começava a atrapalhar o procedimento. A cada inspiração e expiração de Elis, a agulha se desencontrava dos folículos e, ao que entendi, essa situação inesperada requereria maior precisão médica, afinal, os órgãos próximos dos ovários, tais como a bexiga e o intestino, mesmo que raramente, ainda assim podem sofrer lesões pela micro agulha utilizada durante a punção.

Terminado o procedimento, a agulha acoplada ao aparelho de ultrassom transvaginal que estava dentro do corpo de Elis foi retirada ensanguentada e Elis continuava a dormir profundamente, sendo acordada logo em seguida pelos insistentes movimentos da anestesista e, em seguida, das enfermeiras que, apressadas, tentavam fazer com que a tentante se arrastasse da cama do procedimento para a maca, e da maca para a cama da sala de repouso, mesmo sem ter voltado à consciência.

Após o procedimento, e após ser instalada na sala de repouso, a tentante ficaria sozinha (não fosse a minha presença) até que recobrasse meio atordoada, e muito aos poucos, a consciência. Perguntou-me, por exemplo, como havia chegado até a cama em que repousava, se fazia tempo que estava ali e como havia sido o procedimento, ao que respondi o básico: que ela havia dormido bastante e haviam retirado os folículos, mas não sabia a quantidade. Depois de um tempo que já estava por lá, a enfermeira voltou com um copo de suco e bolachas e lhe ofereceu, perguntando se ela estava bem e se estava com vontade de vomitar, ao que Elis disse que não. A enfermeira informou ainda que haviam sido produzidos oito folículos, mas que não era certeza se todos estariam aptos à fertilização, pois às vezes nem todos os folículos contêm um óvulo e, às vezes, alguns óvulos não estão suficientemente maduros.

Depois disso, ainda ficamos bastante tempo sozinhas, o suficiente para que ela dissesse que minha presença tinha sido boa, que foi bom eu ter entrado com ela – que “foi como um apoio” e, ainda, mais outras tantas vezes: “tudo por um filho... para realizar esse desejo”, ou outras frases e reflexões que iam no mesmo sentido. Após um tempo em que estávamos lá, uma médica veio lhe orientar quanto aos próximos procedimentos, mas percebeu que ela ainda estava tonta. Dessa forma, as orientações foram direcionadas ao marido que, simultaneamente à punção, havia colhido seu sêmen através de masturbação. Eles receberiam, posteriormente, as medicações que seriam necessárias, dentre as quais, o antibiótico que já havia sido tomado antes do procedimento e continuaria a sê-lo nos dias seguintes a fim de evitar infecções.

A punção de Clara

Clara estava na recepção quando recebeu a orientação para esvaziar a bexiga e se trocar. Fez sinal para mim que, no momento, conversava com Maria, e adentrou o vestiário de pacientes. Passara toda madrugada se acordando com o despertador do relógio tocando, isso tudo com receio de esquecer os horários dos antibióticos que deveriam ser tomados antes do procedimento. Seu caminho foi o mesmo realizado por Elis, inclusive quanto às vestes transparentes e o lençol enrolado em seu corpo. A diferença esteve na equipe anestesista. No procedimento de Elis, a anestesista realizou o procedimento sozinha, e parecia apressada - inclusive um tanto quanto afobada - e realizava os procedimentos de modo quase automático, sem ter nenhum tipo de conversa com Elis. No caso de Clara, a equipe se tratava de um anestesista responsável e um jovem médico residente. Por serem de uma equipe externa, não sabiam quem eu era. O mais velho procurou saber e eu disse que eu era pesquisadora e estava lá para observar. Então ele disse que eu deveria colocar em minha pesquisa que estão faltando médicos anestesistas e, por isso, há uma sobrecarga de trabalho. Depois que a enfermeira fez uma entrada de soro no braço de Clara, o residente que era visivelmente e, a meu ver, felizmente metódico, se encaminhou até ela, perguntou a última vez em que havia se alimentado, se tinha alergia a algum medicamento, observou o gotejamento do soro e foi para sala da punção. Quando Clara se instalou na sala da punção, o residente se preocupou com a posição do braço de Clara (o que não aconteceu na punção de Elis, onde nem anestesista, nem enfermeiras, foram tão cuidadosas, deixando que um dos braços ficasse pendente para fora da maca durante todo o procedimento) e atentou para o fato de que a entrada do soro na veia de Clara não havia sido colocada de forma correta, o que estava comprometendo o seu processo de sedação. Por esse motivo, tudo teve que ser feito novamente, mas agora na mão direita, ao que Clara gritou de dor, tentando ser acalmada pelas enfermeiras. Uma delas, mesmo de forma simpática, chegou a dizer que nunca tiveram uma paciente “assim”, ao que Clara respondera com voz infantil: “vou dizer todas as malvadezas que fizeram com mãinha”. O

processo começara e os anestésicos foram injetados pouco a pouco, até que o procedimento de aspiração fosse iniciado e, inesperadamente, da mesma forma, interrompido em decorrência dos movimentos que Clara realizara. Ela, ainda inconsciente, mexera não só as pernas como também os braços, realizando a proeza de soltá-los dos velcros aos quais estavam presos na maca. Para reiniciar o procedimento, a dose de sedativo foi aumentada, embora o ovário a ser puncionado tivesse menos folículos que o primeiro, tendo por consequência um “repouso” mais profundo que o necessário (isso, segundo a própria equipe anestesista).

Clara ficou dormindo profundamente até ser colocada na maca, onde, depois de um tempo, começou a se acordar com o corpo todo estremecido. Quando ela abriu os olhos, ainda tremendo bastante, começou a chorar. Perguntava repetidas vezes se tinha sido tudo bem, quantos folículos tinham sido produzidos, e reclamou bastante de dores “no pé da barriga”. Como Elis, Clara teve sua maca aproximada da cama da sala de repouso e foi orientada a tentar, mesmo se arrastando, a mudar para lá. Ela fez o que lhe orientaram, mesmo sentindo dores, e continuou a chorar e a tremer, perguntando novamente sobre a quantidade de folículos. Depois que a enfermeira saiu, perguntei por que ela estava chorando, ao que ela respondeu aos prantos que era muita sorte, que foi muita luta para chegar até ali e que era muita felicidade, e continuou chorando e tremendo. Perguntei-lhe se ainda estava sentindo frio, ao que ela respondeu que não, e acrescentou que se tratava, em suas palavras, de “sistema nervoso”. As enfermeiras disseram que era efeito da anestesia.

Depois de um tempo, a médica veio até ela e disse que havia colhido 17 folículos. Só depois dessa informação foi que Clara começou a ficar mais calma. Também foi trazido para ela alguns biscoitos e sucos e, depois de um bom tempo, a enfermeira orientou Clara a se levantar e a sogra dela foi chamada para ajudá-la a se trocar. Depois recebeu orientações relativas às medicações e procedimentos no pós-punção.

A Punção de Maria

A punção de Maria estava marcada para as 13:00, mas ela só conseguiu chegar às 14:10. Apesar de ter se atrasado, esperou bastante na recepção antes de adentrar a sala da punção e, quando o fez, esperou outro tanto, pois não havia anestesista disponível. O motivo do atraso de Maria (que aconteceria novamente) era que morava a 187 km de Recife e, como não poderia fazer esforços após a punção, era necessário que seu marido disponibilizasse um carro, a fim de levá-la para a casa de parentes na região metropolitana (a 20 km) de Recife. O detalhe esteve em que o carro havia sido tomado emprestado e que o marido teve problemas em se localizar na capital, o que teria resultado em seu atraso. Ela chegou ofegante e disse que estava preocupadíssima com a hora, e que estava com fome e com um pouco de dor de cabeça, pois não se alimentava desde as 05:00 da manhã por orientação das enfermeiras. Enquanto conversava comigo, o marido de Maria avisou-a que ia se alimentar e depois voltava, o que suscitou a dúvida, em Maria, se ele poderia comer antes da coleta de sêmen através da masturbação, ao que ele disse que precisava comer para ficar “fortinho”, e ao que a recepcionista disse não ter problemas. A dúvida de Maria advinha de sua própria experiência. No entanto, ela seria submetida à anestesia geral, e ele não.

Com o atraso do/a anestesista, a médica responsável pela punção foi até Maria na sala de repouso, e lhe disse que existia a possibilidade de que fizessem anestesia local e que, por isso, talvez ela sentisse o momento da intervenção, ao que Maria assentiu, talvez pensando também em sua sensibilidade ao uso de anestesia (já que havia desmaiado durante um exame de histerossalpingografia). Pouco depois, Maria foi encaminhada para a sala da punção para ser “arrumada” na cama e, logo em seguida, o médico anestesista chegou, realizando a anestesia geral como era de praxe, mas sem tantos cuidados dispensados como ocorrera a partir do médico residente. A livre associação descrita em outro momento entre a posição de “sacrifício” das tentantes e o sacrifício de Jesus na cruz adveio da punção de Maria. Durante este procedimento, precisei me ausentar alguns instantes, quase ao final do procedimento, por não me sentir bem. O lugar

escolhido para me recompor foi o vestiário em que descansavam, no momento, a secretária do setor e a responsável pelos serviços gerais (que muitas vezes ajudava as enfermeiras a remover as mulheres da cama para a maca e da maca para a cama). Não acompanhei o fim da punção de Maria, mas antes de sair escutei a médica responsável orientando o médico residente do setor de RA lhe dizendo: “não! Recua a agulha e volta ela para o lado direito...tá vendo alí, alí é uma artéria”. Não tenho certeza se esse fato contribuiu para o meu mal estar, mas perceber que ‘alí’ existia um risco iminente não foi a melhor das sensações. Quando voltei do vestiário, já recuperada, o procedimento estava realmente finalizado e tentavam acordar Maria, como era de costume fazê-lo.

Assim como as demais, também suas primeiras palavras foram sobre a quantidade de folículos puncionados: “quantos folículos tiraram?”, “Eu tinha quantos folículos?” E essas perguntas aconteciam sempre em grande quantidade e em pequenos espaços de tempo, o que, certamente, requeria paciência. Interessante que pontuei esse aspecto da necessidade da paciência no caderno de campo pouco antes de conversar, rapidamente, com a médica responsável, a qual havia informado a Maria que ela houvera retirado cinco folículos, mas que, como era habitual, não sabia quantos seriam utilizados na fertilização – o que deixou Maria muito preocupada. Perguntei à médica sobre sua própria percepção das mulheres que buscavam a FIV, ao que ela respondeu que são mulheres muito sofridas, que é preciso ter muita paciência com elas, pois estão muito angustiadas, ansiosas, sempre perguntam as mesmas coisas e que, por esses motivos, era necessário ter paciência. O tema da paciência já havia aparecido em entrevista com o médico 1 (cuja fala está transcrita a seguir), em conversa com a recepcionista, nas minhas próprias anotações e, agora, com uma das médicas responsáveis pelo setor.

Então eu repeti essa frase uma, duas, três, quatro, cinco, seis, trinta vezes, e a paciente: ‘doutor, eu já entendi. Se sangrar pode ser normal’. Quando ela sangrava, ela ligava chorando, dizendo que estava sangrando e que tinha perdido o bebê. (Médico 1).

Essa imagem fez toda situação parecer tragicamente cômica. Uma sensação quase saída de um conto fantástico. Decerto que é essa impressão que faz com que os/as especialistas afirmem em cada conversa, registrada ou não, que é necessário ter muita paciência com as mulheres, tamanha é a ansiedade na qual se encontram. A questão é: o que é que faz dessas mulheres sujeitos vulneráveis ao exercício da paciência alheia? O que faz delas repetitivas, quase que obsessivas? E, afinal, até onde podem chegar? Qual é o limite dessas mulheres?

O limite dessas mulheres jamais saberemos. No entanto, por tudo que foi observado e registrado até aqui, há que se dizer que, objetivamente, um limite tem justificado as pausas ou desistências no processo de uso das tecnologias da reprodução: a questão econômica. Etta, cuja fala está explicitada a seguir, tentou a FIV por sete vezes. Engravidou na última tentativa. Se ela não tivesse engravidado, era continuaria a tentar ou pararia? O que ela disse durante a entrevista foi que, na sétima tentativa, estava esgotada, que estava entregando a Deus. Ainda assim, não poderemos saber o passo seguinte. Etta expressou, por si mesma, limites físicos, limites psicológicos e, ainda, limites econômicos, mas em relação às mulheres que não têm limites econômicos? Não saberemos.

A repetição, a insistência, a comparação, a busca de brechas foram comportamentos típicos não só evidenciados na fala de especialistas, mas também na minha própria experiência com as mulheres que, em algumas entrevistas, disseram se saberem difíceis de lidar nesse momento e, muitas vezes, fora de controle:

Era só ter dinheiro.[...] era só juntar dinheiro porque eu parecia uma alucinada querendo ter um filho. Olhe, é impressionante... isso mexe demais com a cabeça. E, cada vez que não dá certo, a gente se sente a pior das pessoas. Eu entrava nos *sites* de internet... Eu não podia ver uma mulher grávida no meio da rua, eu olhava a mulher e caía no choro. Uma vez uma chegou junto de mim e: "você está chorando por quê?" Aí eu disse: "não é nada não!" Eu fiquei com vergonha de dizer, porque aquilo me incomodava. É muito ruim! Olhe, é horrível quando a gente não consegue. Etta

Durante o trabalho de campo senti que a abertura dada inicialmente pela enfermeira-chefe ao meu processo investigativo foi se fechando na medida em que

me aproximei dessas mulheres, e foi se fechando literalmente, quando percebi que não pude adentrar no consultório para acompanhar uma das mulheres como houvera feito tantas outras vezes.

Como pesquisadora, de fato, nutri uma abertura com as tentantes. Visitei suas casas para realizar entrevistas, conheci suas realidades e travei longas conversas – inclusive distante dos gravadores. A questão é que um tipo de contato como esse nunca é uma via de mão única e, uma vez que uma delas tomava conhecimento de que outras estavam também sendo acompanhadas, procuravam saber quantos folículos tinham produzido, quantos seriam transferidos, quantos dias de repouso pós-transferência tinham sido dados, entre outros/as detalhes muito particulares.

Percebi, pela delicadeza da situação, que precisava ser mais discreta que o normal, o que tentei inúmeras vezes ao responder sem dar muitos detalhes, ou fingir não lembrar – embora nem sempre isso fosse possível. Elas davam muitos detalhes umas às outras, encontravam-se na recepção, trocavam telefones (uma delas pediu o telefone da outra, ao que eu respondi somente após autorização da solicitada e, eu mesma, cheguei a receber um telefonema tarde da noite para dar notícia de resultado de gravidez de outra).

Situações como as referidas anteriormente deixaram-me num contexto deveras “delicado”, pois eu tinha de um lado mulheres que se encontravam num momento peculiar de suas vidas e se agarravam a todas (ou quase todas) as possibilidades para conseguir o que queriam e, de outro lado, os/as profissionais (principalmente, no caso, a enfermeira com a qual as mulheres tinham mais contato e a partir de quem senti uma negativa no campo) que, apesar de todo esforço em esclarecer mulheres/casais da especificidade de suas situações e dos consequentes diferentes resultados da FIV, certamente puderam se sentir ameaçados pelos tantos questionamentos e comparações que, inclusive, podem ter sido justificados em meu nome – e sobre isso não saberei.

Exemplifico que cheguei até uma das tentantes do IMIP através de um/a das profissionais do setor que me disse que ela estava ali para sua segunda tentativa. Segundo já me havia sido explicado, cada uso de medicação – com ou sem

resposta do organismo da mulher – significava uma tentativa. No IMIP, cada mulher tem direito a duas tentativas, ou seja, a dois ciclos de medicalização, e aquela mulher indicada estaria na sua segunda tentativa, ou seja, numa situação peculiar de sofrimento e ansiedade, o que a tornava do interesse da pesquisa – já que outras mulheres haviam sido entrevistadas aleatoriamente e nenhuma com aquele perfil.

Cheguei até ela e, desde o início da conversa, tentei confirmar que aquela era a sua segunda tentativa, ao que ela agiu surpresa, como se não soubesse que o simples fato de usar a medicação já significasse ter feito uso de uma tentativa ou chance. Com o mesmo ar de surpresa, que até hoje não tenho certeza ter sido espontâneo, a tentante disse à enfermeira que eu havia lhe informado que ela só teria mais uma chance. A questão é que nem a informação que lhe dei foi essa e nem o tom que ela utilizou na conversa com a enfermeira foi o tom que dei à nossa conversa. Disse-lhe que tinha sido informada de que ela já havia feito uso da medicação e que estaria ali para sua segunda tentativa, mas que, se ela não sabia, era realmente melhor perguntar à enfermeira.

Depois que esse episódio aconteceu, percebi que o trabalho de campo seria um pouco mais complicado (ou mais delicado) do que imaginara. Decerto que aproveitei as mínimas informações que foram “pescadas” nas conversas na recepção, nas salas de repouso e punção, nos consultórios e que as explorei ao máximo, realizando perguntas que, com o passar do tempo, já pareciam incomodar. Exemplo disso esteve em que uma mulher na recepção me dissera certo dia que, muitas vezes, as mulheres desistiam – dado o tempo de espera que tinham que aguentar. Achei isso interessante e perguntei à enfermeira, ao que ela disse em um tom indiferente e até meio irônico: “Quem lhe disse isso?” Percebi que, de fato, já não conseguiria obter mais muita informação através dela e que, talvez, fosse o momento de registrar as ricas informações que já obtivera e deixar as mulheres que acompanhei à vontade. Assim o fiz. Aquela cuja tentativa era a segunda havia engravidado quando deixei o campo; a outra que houvera produzido vários folículos teria a chance de ter transferidos todos os embriões produzidos e congelados até que estes acabassem e, ainda, poderia ter acesso ao segundo ciclo

da estimulação. Por fim, aquela que tinha apenas um embrião congelado passaria pelo seu segundo processo de estimulação hormonal, ou seja, pela segunda tentativa.

4.4. Transferências de embriões – para além dos casos de Elis, Clara e Maria

“na última vez, que foi a sétima, eu já estava que não aguentava. Eu me agarrei com Deus e disse: “Meu Deus (às vezes a gente quer tanto uma coisa e, às vezes, Deus não quer para a gente, porque aquilo ali não é merecimento da gente), eu disse: “se for de sua vontade eu não ser mãe, que seja feita sua vontade”, aí consegui engravidar...sabe de uma coisa, eu já estava tão debilitada, além de ser dispendioso, eu acredito que nós gastamos, que eu gastei, por volta de uns R\$80.000,00...”Etta

Antes que os casos de Elis, Clara e Maria sejam expostos, algumas considerações devem ser realizadas para que o processo de transferência de embriões seja compreendido em sua inteireza e complexidade.

Embora o fato de que tenha existido muitas variações entre as entrevistadas, há que se dizer que nenhuma passou por mais ciclos de estimulação do que Etta, cuja fala iniciou este tópico e a partir de quem a questão sobre os limites das mulheres parece ser problematizada de modo interessante. Etta tentou a FIV por sete vezes, dos 40 aos 44 anos, até que conseguiu engravidar e ter um filho, inclusive após autorização de transferência de cinco embriões para seu corpo. A questão é que, segundo ela, o médico havia criado uma empatia por ela e queria, segundo suas palavras, “apelar para tudo”. Ela teria dito apenas, e em tom de brincadeira, que se vingassem todos os “cinco meninos”, ela ia pedir fraldas na televisão. Ele teria dito que não vingariam e que, se fosse o caso, seria de no máximo dois.

A partir do caso de Etta, que também é a situação de Bessie, ambas que tinham mais de 40 anos e realizaram as tentativas em clínicas privadas, houve o apelo para tudo por parte dos médicos e uma disposição também por parte das tentantes que, no primeiro caso, tentou por sete vezes e deixou transferir cinco, e,

no segundo caso que, apesar de ter realizado apenas uma vez, arcou com uma gravidez quadrigêmea aos 40 anos.

Apesar de ter consentido junto com seu marido a transferência de quatro embriões para seu corpo, Bessie o fizera pela crença na experiência técnica do médico, que a despreocupou das possibilidades de todos os embriões vingarem em seu corpo, assim como o fizera o médico de Etta, por conta de sua idade:

‘Não, não se preocupe não, porque a senhora é uma mulher de 40 anos e não vão vingar esses quatro óvulos, porque eu tenho paciente aqui que tem 23 anos, 33 anos, que eu coloquei essa quantidade e nem engravidou [...]’. Aí nós fizemos a ultrassom lá. A primeira vez quando a gente fez ele disse: ‘olha gente, não são três crianças não, eu estou vendo mais um feto, então são quatro crianças’. Meu marido começou a tremer, e eu fiquei muito assustada. Passei uma semana sem dormir. (Bessie).

Bessie e seu marido ficaram abalados com a notícia de que estavam ‘grávidos’ de quadrigêmeos. No entanto, mesmo diante de tal transtorno, em momento algum de sua entrevista ela sinalizou ter considerado a redução embrionária como possibilidade (mesmo se tivesse considerado, não seria possível, pois no Brasil a redução embrionária é entendida como aborto e, portanto, é ilegal), em outras palavras assumiu as consequências irremediáveis dessa decisão em seu corpo, mas também as possíveis, porém ainda assim desconhecidas consequências de tal decisão no corpo dos quadrigêmeos.

A fé em Deus, na tecnociência e em seus próprios sacrifícios, a resguardaria de qualquer infeliz desfecho. No entanto, não foi isso que aconteceu. Três dos quatro filhos de Bessie não sobreviveram a uma gravidez repleta de dificuldades e agruras, tais como ter tido que sair de casa, segundo ela, por vontade do marido, para que uma reforma fosse realizada para a chegada dos bebês; ter ficado isolada numa pousada que tinha apenas um ventilador e móveis pouco confortáveis, isso para que os custos coubessem no orçamento; a impossibilidade da compra do enxoval dos bebês, já que não era possível a locomoção e já que não tinha uma rede de apoio, por fim, o que entendi que foi o mais difícil para Bessie: a experiência da solidão. Sem parentes e tendo apenas o marido, Bessie passou seis meses de sua gravidez reclusa e quase que completamente solitária. Entre as 13

mulheres entrevistadas para esta pesquisa, Bessie representou a dura realidade de quem, aos 40 anos de idade, encarara um dos riscos produzidos pela FIV, qual seja, uma gravidez quadrigêmea e todas as consequências disso – nascimentos e falecimentos prematuros, e as muitas sequelas, como ser observado a seguir pela descrição da situação de seu único filho sobrevivente:

Ele teve que fazer terapia ocupacional, em princípio, e eu tinha que fazer os exercícios em casa também para que ele pudesse enrijecer o corpinho, além da fisioterapia que já tinha feito no hospital. Teve que ter fono, para ensinar ele a comer, porque ele comia através de sonda, (...) Depois ele foi evoluindo, evoluindo, ele nasceu em xxx. No mês de xxx [cinco meses depois], ele teve que voltar ao hospital para fazer uma nova cirurgia para fazer a troca da válvula, porque estava com vazamento.(...) É uma válvula permanente. É colocada na cabeça e tem um segmento até a barriguinha, que leva o liquor [secreção orgânica]... Então foi feita a cirurgia, eu tive que, a minha licença venceu, em junho de xxxx eu tinha que ter voltado a trabalhar, mas não tive coragem, aí estou em casa por 2 anos com licença sem vencimentos. Eu estou em casa até xxxx. Se eu achar necessário, que eu não deva voltar, eu renovo por mais dois anos. Então, assim, a luta da gente é constante: começou com terapia ocupacional, depois a médica xxx indicou fisioterapia às Dras. xxx e xxx, depois achamos necessário a Dra. xxx, e também a Dra. Xxx. Até hoje estou lá com elas, (...). Ele também está com acompanhamento neurológico, com a Dra. Xxx e com a Dra. Xxx, que é a neuro do desenvolvimento e oftalmologia, porque ele fez cirurgia nos olhos de laser porque ele teve retinopatia da prematuridade. Pelo que eu entendi, os vasos sanguíneos ficam muito salientes nos olhos, aí tem que fazer uma queimagem. Aí depois ele apresentou miopia, hoje em dia ele usa óculos. O olho direito é quatro graus e no olho esquerdo três e vinte e cinco...¹¹¹ (Bessie)

A fala de Bessie nos remete a uma vida de sacrifícios no processo pós-FIV resultado certamente de suas escolhas, mas mais problematicamente, das suas escolhas diante de uma relação assimétrica com a ciência médica, ou, mais propriamente, com os/as profissionais.

A transferência da quantidade de embriões para o corpo das tentantes é um fator que merece destaque na medida em que propicia a identificação das

¹¹¹As datas e os nomes dos/as médicos/as não foram referenciados para garantir o anonimato na entrevistada.

regularidades e dispersões discursivas em torno do significado do sacrifício e do sofrimento como construtos de feminilidade e, ainda, contribui para a análise de como as diversas articulações repercutem nos discursos que as mulheres produzem acerca de si mesmas e de suas experiências pessoais. Merece destaque principalmente porque, por meio das entrevistas, entramos em contato com alguma ou algumas infrações das recomendações de conduta médica pautadas pelas resoluções 1957/10 e 1358/1992 do Conselho Federal de Medicina – CFM, afinal, cinco foi o número de embriões transferidos para o corpo de Etta em sua sétima tentativa, quando o recomendado é que sejam transferidos quatro.

A despeito das transgressões às resoluções pelos especialistas, elas próprias são bastante questionáveis ao recomendar, por exemplo, que o número de embriões a ser transferido para receptora não pode ser superior a quatro, enquanto que Suécia, Bélgica e Reino Unido, com base em evidências científicas que comprovam as consequências perniciosas das gravidezes gemelares tanto para as mulheres quanto para as crianças, permitem transferir até dois embriões. Além disso, as resoluções do CFM autorizam a transferências de até quatro embriões, mas não autorizam a redução embrionária em casos de gestações múltiplas. A redução embrionária seria proibida pela compreensão reproduzida no projeto de lei 1184/2003 de que os embriões implantados no corpo feminino já seriam dotados de personalidade civil, ao passo que os embriões originados *in vitro*, anteriormente à sua implantação no organismo da receptora, não compartilharia tal status.

Bessie foi aquela que arcou com uma gravidez quadrigêmica sem considerar a possibilidade de uma redução embrionária. Em tal gravidez, a esperada prematuridade aconteceu e, com ela, as sequelas e também os óbitos neonatais. O que Bessie disse acerca dos/as especialistas que colocaram quatro embriões em seu corpo? Disse que quando seu único filho sobrevivente estivesse mais desenvolvido levaria à clínica para que vissem que deu certo. Bessie assumiu o discurso regular em torno da FIV, Etta também, e o fizeram sem que qualquer dispersão viesse a ser identificada.

Nina ilustra, abaixo, que ditos subsidiários de uma relação geralmente assimétrica de confiança, propiciados, em grande medida, pelo lugar de poder

ocupado pela medicina enquanto dispositivo de controle e produção de regularidades dos discursos e práticas que justificam o sofrimento, também são passíveis de serem limitados em seu alcance. É a dispersão, no seio das regularidades promovidas pelo discurso, do “ter que tentar para ter paz da mente”, que se expressa através de sua fala:

Eu e meu marido fechamos em três e aconteceu um fato interessante (eu vou mencionar aqui, assim, mas é mais para dados para você). Quando eu entrei na sala, que é uma sala pequenininha que se encontra a embriologista, o meu médico, estava o médico xxx(...). Chegando lá nesse momento, ele faz a seguinte pergunta para você: “e aí, decidiu quantos serão?” Eu disse: “é, vão ser três”. Aí ele olhou para mim e disse: “não quer colocar quatro não?” Nessa hora tu fica: ou tu vai em cima do que tu combinou com teu marido ou tu vai em cima do que o cara que é o médico, que sabe de tudo e acha que é o melhor?... Eu achei que ele não deveria ter feito esse comentário porque eu já estava emocionalmente atormentada, né? Totalmente agoniada e você fica: e agora? Aí eu me apeguei a Deus e pedi um guia... me apeguei a Jesus e disse: “não, vou colocar três Dr., porque isso foi o combinado com meu marido, e congele os quatro”. (Nina)

Quando Nina reclama do comentário do médico num momento em que ela mesma se reconhece como emocionalmente atormentada, ela promove uma quebra na regularidade de um discurso que, querendo ou não, está centralizado em mulheres tão atormentadas como ela. Ela nega um comportamento invasivo e, ao mesmo tempo, invasivo num momento de assumida vulnerabilidade emocional. Ela questiona, mesmo sem querer, a parcela de responsabilidade dos profissionais envolvidos no caso das trigêmeas (referenciado posteriormente) e, mais, qual a parcela de responsabilidade de toda sociedade em torno de uma situação que mobilizou a mídia e a opinião pública de um modo tal que só outras notícias, ligadas ao abandono de recém-nascidos, conseguem fazê-lo.

A questão é que, dotada de uma complexidade sem precedentes, a FIV tem a capacidade de “realizar sonhos”, mas também de gerar pesadelos. Sobre os sonhos, todos querem ter a sua parcela de responsabilidade, sejam os próprios pais, sejam os/as especialistas, sejam os laboratórios, como é possível observar na

figura 8, em que a publicidade da Merck Serono¹¹² escreve: “Veja a obra de arte que fizemos juntos” e “Você, nós, somos os pais da fertilidade”.

No que tange aos pesadelos, a história não é bem essa e sobre isso nos deteremos a seguir por meio da problematização dos efeitos causados pela articulação entre: lógicas que subjazem o mito do amor materno, as tecnologias ao alcance das mãos e embriões relativos às responsabilidades em torno dos efeitos da FIV.



Figura 8 - Publicidade Merck Serono – obra de arte

No início do ano de 2011, aconteceu algo inusitado no meio da reprodução assistida: um casal, que houvera recorrido à FIV e que tivera trigêmeas prematuras, expressou o desejo de dar para a adoção uma das crianças. Segundo algumas fontes¹¹³, mesmo antes do nascimento das três meninas anunciadas pelo exame ecográfico, o casal havia tentado sair do país em busca do que se tem conhecido tecnicamente como redução embrionária ou, numa linguagem comum, aborto.

Tal fato suscitou muita polêmica e culminou em: denúncia ao conselho tutelar pelos funcionários do hospital, intervenção judicial, afastamento das

¹¹² Jornal da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida. Vol. 1. 2010.

¹¹³ <http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/pr/casal+tentou+abortar+uma+das+trigemeas+diz+juiz+do+p+arana/n1300038390176.html> [acesso em 17/01/2012].

crianças dos pais, e muita discussão, sendo ponto comum a “demonização” do casal pelo compartilhamento da ideia do médico Karam Abou Saab, médico geneticista que realizara a transferência dos embriões e que teria proferido as seguintes palavras à imprensa: “*Em 36 anos, eu nunca vi um caso do casal rejeitar os filhos, após um tratamento para engravidar. Muito menos rejeitar um ou rejeitar dois. Isso realmente é uma novidade*”.

Em entrevista à Eliane Brum¹¹⁴, psicanalistas do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae¹¹⁵, de São Paulo, abordaram a questão por meio da problematização do mito do amor materno e o “legado” das tecnologias às mulheres.

Para estas psicanalistas, “parte-se da ideia de que a tecnologia pode tornar o processo da maternidade asséptico e sem conflitos. Só que, na realidade, não é assim que acontece. O conflito não some, a ambivalência não some porque usou tecnologia para engravidar”, ou seja, potencialmente os questionamentos poderiam acontecer, e acontecem, na medida em que, como qualquer outra gravidez, mesmo planejada – ter uma criança significa custos, tempo, sacrifícios profissionais, aspectos que são considerados e, certamente, repensados, quando tudo isso é multiplicado por dois, ou três, ou quatro, ou onze...

Onze foi o número de embriões desenvolvidos no processo de FIV de *Clara* que, após ter produzido 17 folículos, teve a esperança de encher sua casa de filhos ocultando, em certa medida, os conflitos e ambivalências referidas e possivelmente existentes na gravidez. Segundo ela, “*minha irmã riu tanto comigo que ela disse: ‘tu vais ter os 11?’*, eu disse: ‘*vou, minha mãe que me adotou, minha mãe teve treze filhos e ainda achou pouco e me adotou (14), por que é que eu não vou ter meus oito, meus onze? E ainda vou adotar para completar os treze....*” Há aí, certamente, um claro recurso de racionalização, inclusive com base em um *quase vínculo*

¹¹⁴ <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI251605-15230,00.html>

¹¹⁵ As psicanalistas seriam: Danielle Breyton, Helena Albuquerque e Verônica Melo, do grupo de pesquisas *O feminino no imaginário cultural contemporâneo*.

*sanguíneo*¹¹⁶ com sua mãe adotiva para justificar o que seria um possível “não conflito” diante dos dilemas postos pela FIV.

A questão é que, se em uma gravidez convencional já não é aceitável a existência de conflitos, na longa jornada pelo mundo dos tratamentos de fertilidade estes agem quase como um escudo imunizador contra qualquer possível suspeita de que a mulher seja, ou venha a tornar-se, “outsider” - no sentido atribuído por Becker (2008, p. 17), como “aquele que se desvia das regras do grupo” - de sua essência feminina, de sua mística (FRIEDAN, 1971), do mito que a desvela como mãe detentora de todo amor que assume para si qualquer que seja o sacrifício em nome, em princípio, de uma gravidez e, ademais, da criança, do/a filho/a. É esse o posicionamento de Clara, foi esse o posicionamento de Mercedes e de Bessie, mas poderia não ter sido, como não o foi, por exemplo, no caso de Nina que, apesar o fato de que tinha pesadelos ao pensar que seus “filhos” estavam congelados, decidira por não arriscar sua vida em nome do filho já vivo. No caso de Mercedes, no limite, ela decidiu por sua própria morte ao discordar da intervenção médica que a curaria de uma trombose, mas simultaneamente ameaçaria a vida de seu filho. Clara não cogitou a possibilidade do descarte dos embriões em laboratório e assumiu para si – e, aparentemente, sem maiores crises - a condição de engravidar o suficiente até que seus onze embriões se esgotassem. O tema que, no contexto da FIV, é nomeado redução embrionária assenta suas polêmicas nas mesmas bases nas quais se assentam as questões em torno do aborto propriamente dito, anencéfalo ou não. O conflito estaria protagonizado, de um lado, por setores religiosos conservadores, preocupados especificamente com os embriões e com o feto através da máxima: pró-vida¹¹⁷; e, de outro lado, pelos

¹¹⁶ Esta perspectiva tão bem “devaneada” durante as orientações é mérito do orientador que, a todo momento, chamava a atenção para as ambiguidades dos discursos.

¹¹⁷ São denominados **pró-vida** movimentos que se declaram em defesa da dignidade da vida humana, conhecidos principalmente por sua oposição à prática do aborto induzido (consideram que o termo “interrupção voluntária da gravidez” trata-se de eufemismo por não remeter à morte fetal). Diversos grupos e indivíduos atuam em campanhas pró-vida, de religiosos a laicos, incluindo médicos, cientistas, advogados, e pessoas das mais diversas ocupações e ideologias. O movimento é conhecido internacionalmente como **pro-life**, termo utilizado em países de língua inglesa para defender o direito fundamental à vida, incluindo a vida intra-uterina, como valor universal. Sua principal argumentação contra o aborto baseia-se nas descobertas científicas, sobretudo da Embriologia e da Genética,[1] de que a vida humana começa na fecundação, e na filosofia do

discursos feminista em torno tanto da saúde da mulher e sua autonomia sexual e reprodutiva, quanto na conformação de um estado efetivamente laico.

A laicidade do Estado brasileiro que o torna efetivamente um estado de direito, ou sobre a sexualidade ou sobre a reprodução, entre outros direitos, vem sendo cada vez mais reivindicada (embora teoricamente já o seja desde a proclamação da República), isto porque cada vez mais, tem se questionado a ordem e a influência das Igrejas sobre a sociedade, bem como “essa relação é remetida imediatamente para uma ordem do Estado, por meio do poder político” (ÁVILA, 2006, p. 20).

O que estaria por trás de todo mal-estar nas discussões em torno dos embriões, do aborto e, certamente, da redução embrionária seria o fato de que, tratando-se de uma questão–limite, como início e fim de vida, a materialização da ideia em torno do elemento a ser “sacrificado”, aquele ou aquilo cuja vida pode/deve estar à mercê da vontade de deuses ou homens, expõe processos sociais que, em certo sentido, naturalizam-se por meio de mitos, de sua sacralidade e, mesmo, santidade e, portanto, se tornam inquestionáveis.

Quando Débora Diniz analisa as tecnologias reprodutivas no Debate Legislativo, e o faz, entre outros elementos, a partir da polêmica em torno da redução embrionária e a diferença conceitual entre o princípio da sacralidade e o princípio da santidade ou “intocabilidade” do embrião humano, ela nos dá algumas pistas em torno da polêmica que se deseja suscitar:

o princípio da sacralidade pressupõe e reconhece o caráter especial e único dos embriões humanos, mas considera a possibilidade do manuseio, do descarte ou mesmo da pesquisa com embriões. [...] Já o princípio da santidade fundamenta-se em premissas dogmáticas da “intocabilidade” do embrião humano, o que torna impossível qualquer escolha senão a transferência para o útero a fim de gerar uma criança. O projeto 1184/2003 fez a opção pelo princípio da santidade do embrião humano (DINIZ, 2003, p. 5).

"respeito à vida inocente". Originalmente referia-se principalmente a campanhas de antiaborto, mas agora cobre outros aspectos bioéticos tais como eutanásia, clonagem humana, pesquisas de células-tronco, e pena de morte. A grande maioria das ações de movimentos pró-vida é pacífica, realizando manifestações, campanhas de oração, esclarecimento e todo tipo de auxílio a mães que pensam em abortar. Em casos extremos, no entanto, alguns indivíduos de movimentos autodesignados "pró-vida" levam a cabo ataques a clínicas onde se pratica aborto, e a profissionais que nelas trabalham. Esses ataques algumas vezes incluíram, por parte de radicais, o uso de bombas e armas mortíferas (designadamente nos Estados Unidos da América,[2] em França e no Canadá). <http://pt.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%B3-vida>. [acesso em 19/03/2012].

Passemos a algumas conclusões parciais: o sacrifício como “um ato religioso que mediante a consagração de uma vítima modifica o estado da pessoa moral que o efetua ou de certos objetos pelos quais ela se interessa” (MAUSS & HUBERT, 2005, p.19) prevê um elemento sacrificado, cujo “valor em si” é o valor atribuído pelo sacrificador, seja ele o solicitante, orientador, ou o que executa o sacrifício, podendo ainda ser um indivíduo, ou grupo, ou representante desse grupo.

Na redução embrionária, o elemento potencialmente sacrificado como vítima é o embrião, mas em qualquer que seja a situação, do ponto de vista religioso, o embrião/feto jamais poderá ser penalizado. Afinal, sacrifício pressupõe que seus elementos mudem de estado, transpondo-se de uma condição profana para uma condição sagrada, mais que isso, divina. Sendo o embrião, ele mesmo, divino, santificado, como compreendê-lo sacrificado? Essa possibilidade não existe em termos religiosos e não existe, ainda, quando tais termos são assimilados pelos sistemas políticos.

Eis uma passagem ilustrativa de Mauss & Hubert (2005, p. 27) acerca da preparação do sacrificante que, para poder sacrificar, precisa tornar-se divino, e cuja referência sacra é o embrião e o feto:

Depois, tendo recebido várias unções, ele é coberto com pele de antílope negro. É o momento solene em que o novo ser desperta nele. Ele se tornou feto. Cobrem-lhe a cabeça com um véu e fazem-no fechar o punho, pois em seu envoltório o embrião tem o punho fechado; fazem-no ir e vir em volta do fogo como o feto se agita no útero.

Se se tem questionado a ordem e a influência das Igrejas e seus valores morais sobre a sociedade, bem como essa relação é remetida imediatamente para uma ordem de Estado por meio do poder político, é porque alguns indícios, tais como a assimilação do princípio da santidade fundamentado em premissas dogmáticas de “intocabilidade” pelas leis do país, têm reverberado na visão do corpo da mulher como elemento legitimado para o sacrifício.

Tal afirmação decorre do fato de que, por exemplo, pelo menos três mulheres a cada cem mil nascidos vivos (3/100milNV) no Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde¹¹⁸, vieram a óbito no ano de 2010 em decorrência de abortos realizados clandestinamente. Esse grave problema social, junto à hipertensão gestacional (13,8/100mil/NV), hemorragia (7,9/ 100mil/NV), infecção pós-parto (4,4/100mil/NV) e doenças circulatórias (4,2/100 mil/NV) estão entre as cinco principais causas de mortalidade materna no Brasil e decorrem de causas evitáveis.

Outros exemplos relativos aos sacrifícios legitimados às mulheres, agora, no contexto das biotecnologias reprodutivas, estão identificados tanto na submissão do corpo no processo de extração da matéria-prima a partir da qual se forma o embrião, bem como produção de excedentes, quanto na recepção deles em seu útero após a fertilização, se esse for o caso.

Para além dos setores religiosos, a discussão em torno do embrião que expressa, como vimos, em muitos sentidos a vulnerabilidade das mulheres diante das desigualdades pautadas nas diferenças sexuais, tomou força no campo da ética e do (bio) direito a partir do momento em que a tecnociência e a indústria farmacêutica passaram a também disputar sua propriedade¹¹⁹ - “a hiperestimulação, resultando na formação de um número muito grande de óvulos, cria o que os esterileutas chamam *embriões excedentes* (REIS, 2006, p. 84)”.

As implicações das TRA nas vidas e nos corpos das mulheres; as questões políticas e econômicas que estão subjacentes às ações, tanto das mulheres, quanto também dos/as profissionais envolvidas/os e do Estado; as biomoralidades que permeiam as decisões frente aos dilemas morais relativos às mulheres (para além das discussões em torno do embrião); todas essas questões, bem como as contradições no seio do próprio movimento feminista, estimularam a compreensão

¹¹⁸<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4332/162/ministerio-da-saude-preve-que-2011-tera-a-maior-reducao-da-mortalidade-materna-nos-ultimos-10-anos.html> [acesso em 19/03/2012].

¹¹⁹“Na mira, os 20 mil embriões congelados nos bancos das clínicas. As células embrionárias representam o novo Eldorado dos investidores da biotecnologia. A capacidade de formarem, in vivo, os tecidos e órgãos do corpo tornou-se combustível da corrida da engenharia tecidual, chamada de medicina regenerativa” (REIS, 2004, p.34).

desse fenômeno mobilizado de um lado, pela medicalização dos corpos femininos com fins de reprodução e, de outro lado, pelas ambiguidades no campo da ação política.

Elis e sua transferência embrionária

Elis, pouco antes de adentrar o bloco cirúrgico, foi orientada – diferente da punção – a beber bastante água e não esvaziar a bexiga. Eu e ela fomos orientadas a trocar de roupa, e também seu marido que acompanharia todo procedimento de transferência. A presença do marido no momento da transferência era não só possível, quanto necessária. Trata-se do consentimento definitivo em torno da possibilidade da gravidez.

Já na sala de repouso, ficamos todos/as aguardando orientações. A enfermeira estava presente, mas não puxava conversa, nem o contrário. Foi quando Elis olhou para mim como quem confia, fez um gesto e, em voz baixa disse: “que demora, quero fazer xixi”. A bexiga cheia propiciava, segundo entendi, uma nitidez maior da imagem e facilitava o procedimento. Dessa vez não seria necessária a anestesia e o procedimento seria relativamente simples. Uma limpeza na entrada da vagina com vários gases e sucessivas trocas de luvas foi um aspecto que chamou a atenção.

O corpo de Elis “preparado”, dessa vez sem a presença dos velcros nos braços ou pernas, a imagem de seu abdômen na tela do aparelho de ultrassonografia, e a embriologista é orientada pela médica a buscar os embriões que chegariam num fino tubo. Começaria a partir dali um processo muito delicado de busca do lugar exato para colocar o embrião e a médica informou que iria transferir os três embriões. A questão é que, segundo procurei saber posteriormente, até aquele momento nem Elis, nem seu marido sabiam da quantidade de embriões que haviam produzido. No mais e no que tange ao procedimento propriamente dito, eu particularmente não consegui identificar os embriões na imagem que era acompanhada pelos/as especialistas. Tendo sido transferidos, duas frases proferidas pela equipe foram marcantes: “agora não pode

desistir mais não viu, Elis” e “agora é com papai do céu”. Uma era a representação cabal da impossibilidade de um desejo de redução embrionária ou de um aborto, propriamente dito, e a outra a representação do limite da ciência, pouco ou nada referenciado até o momento da transferência, como é possível perceber na fala de Amy, a seguir:

ela explicou assim, que dependendo da mulher...até um momento a medicina sabia garantir e explicar, depois não...mas que, no meu caso era 90% de chance no meu caso. Mas eu acho que assim...hoje eu fico pensando (e meu marido) que há um pouco de marketing também, para convencer o casal a fazer isso, porque ela é bem positiva nas primeiras consultas. Aí quando você está dentro do processo, o discurso se altera como, por exemplo: no dia em que ela implantou, ela falou assim, bateu assim no meu ombro, (e o meu marido também comentou sobre isso depois) e disse: “agora é com Deus, é com o homem lá de cima”. Então, quer dizer, a ciência vem até aqui. Mas na consulta ela não colocou dessa forma.

Diante da fala da médica, o limite da ciência estava posto para Elis, como estivera posto para Amy. Tudo dependia, a partir daquele momento, de Deus, do “homem lá de cima”, ou de “papai do céu”, mas dependia, segundo sua própria percepção, de seus próprios esforços, o que a fez ficar 15 dias de repouso absoluto após a transferência, fazendo uso, inclusive, e como já dito, de fraldas geriátricas.

Depois que as frases foram proferidas na transferência de Elis, todos foram saindo da sala e a orientação foi que ela ficasse deitada por mais algum tempo. Quando todos saíram, ficamos eu, Elis e seu marido na sala da punção. Elis perguntou ao seu marido se ele estava emocionado, ao que respondeu que era emocionado por vida e ela pediu uma aparadeira, pois já não estava aguentando a bexiga cheia. Sem que nós falássemos qualquer coisa, o marido de Elis que tinha tido formação na área de saúde disse o seguinte: quando estava trabalhando no posto de saúde e as mulheres estavam lá (ele não falou, mas fez um gesto como se as mulheres estivessem de pernas abertas), e ele chegava (grandão, segundo ele mesmo), elas se assustavam. Disse que elas tinham problemas para ficarem peladas e que ele não tinha problema com isso. Disse ainda, em relação ao procedimento, que tinha a impressão que seria possível ver a imagem dos

embriões sendo transferidos, mas que tinha sido “invisível aos olhos”. Elucubrou sobre o amor, ao que sua esposa disse que se conheciam há 24 anos e que tentavam engravidar fazia 15 anos. Segundo ela: era amor antigo.

Clara e sua transferência embrionária

Depois de ter passado pelo vestiário e de já se encontrar na sala de repouso, Clara não parava de perguntar quantos embriões seriam transferidos. Perguntou a mim quantos haviam sido transferidos no caso de Elis, ficou cogitando quantos seriam colocados nela por causa de sua idade e queria que fossem transferidos três, mas achava que só transfeririam dois, e não parava de falar disso um só minuto. Depois falou com a enfermeira, fazendo voz infantil, que queria três. Indo para a sala da punção, Clara falou mais uma vez com a enfermeira que queria que fossem colocados três e a enfermeira disse que, por conta da sua idade, dois seria o número indicado. Perguntei ao seu marido se ele queria que fossem transferidos três, assim como Clara, ao que ele respondeu que não, que isso era para quem já estava desesperado, já no fim do processo e que eles ainda estavam no início. A questão é que talvez, para Clara, ela já tivesse esperado muito. Sua experiência com o tempo de tentativas era outro, afinal, em entrevista individual, o seu marido dissera o seguinte: já fazia mais de três anos que estavam tentando, mas que a vivência maior era a dela. Sua participação estava nos últimos 30 dias que antecederam a transferência.

Iniciado o processo, o médico responsável reclamava que não estava conseguindo visualizar o útero de Clara, que ele estava escondido na imagem, até que o procedimento foi dado por encerrado e a enfermeira reproduziu aquilo que a médica havia dito para Elis: “agora era rezar para que desse certo”. Clara ficou deitada durante muito tempo e, nesse ínterim, perguntou ao seu marido se ele tinha visto, ao que ele respondeu: “eu vi, só não sei o que vi”. Depois disso deixei-os a sós e fui tentar puxar conversa com um dos médicos (na ocasião estavam dois). Perguntei há quanto tempo estava na área e qual era a sua percepção sobre as mulheres que fazem FIV e ele disse que estava na área de FIV há seis meses e que ficava tão envolvido com o procedimento que não entrava muito na percepção

das mulheres. Depois perguntei se ele achava a FIV importante e porque era importante, ao que ele respondeu que era importante, pois se tratava de doença, patologia e, enquanto patologia, deveria ser tratada como tal.

Maria e sua transferência embrionária

O queixo de Maria tremia cada vez que ela ficava nervosa. Tremia em todos os momentos em que eu estive com ela, em alguns momentos mais, em alguns momentos menos. Não era a minha presença, eram as circunstâncias. Ela estava em sua segunda e última tentativa. Era responsabilidade demais para uma pessoa que morava numa cidade pequena em que todos/as sabiam o que estava acontecendo com ela. Maria, finalmente, conseguiu engravidar. Ligou para me dizer. Clara também ligou para dizer. Fiquei emocionada por elas. Soube depois que o bebê de Maria havia nascido, não soube de Clara, mas até hoje não consegui entrar em contato para saber se sua gravidez vingou. Compartilhar de suas angústias e felicidades me mobilizaram e de uma forma tal que muitas vezes senti vontade de abraçá-las em conforto, como senti vontade de sacudi-las. Mulheres maravilhosas, amadas, independentes, que muitas vezes estavam tão aflitas que nem lembravam de si mesmas, falavam em terceira pessoa.

Maria falou em terceira pessoa num dia em que saímos juntas do IMIP e caminhamos até a parada de ônibus: “é muito sacrifício que essas mulheres fazem, e o pior é que às vezes não dá certo”. Um pouco antes de fazer tal observação, quando ainda estava no ambulatório, ela chegou a dizer que vinha tomando muitos hormônios – “muita bomba” segundo suas próprias palavras.

No dia da transferência, quatro dias após a punção, Maria reclamava de cólicas. Deitada na maca, seu marido lhe pegou a mão e fez carinhos em seu rosto. Maria já estava preparada para a transferência quando a médica fez sinal para enfermeira e a enfermeira não soube responder o que a médica perguntara. Então percebi que a médica que faria a transferência não sabia quantos embriões transferir e uma ligação foi realizada para alguém, que imaginei ter sido a médica Madalena Caldas, e ela teria autorizado a transferência de três embriões. Quatro

embriões haviam sido produzidos e a dúvida era se colocavam dois ou três embriões nessa primeira vez. O marido de Luciana olhava fixamente o monitor e depois disse que tinha visto no final, algo bem pequeno.

Eles ficaram um pouco a sós após o procedimento e aquilo que era uma vontade imensa, incontrolável, de urinar, transformou-se numa vontade controlável. Em relação a isso as enfermeiras sempre diziam que as mulheres nunca queriam levantar após o procedimento com medo que os embriões descessem.

A orientação dada às mulheres é de que permaneçam sem atividade física intensa por mais 24 horas, bem como não realizem viagens dentro desse tempo - o que dificulta a vida de mulheres que moram longe de Recife e precisam repousar em casa de parentes ou conhecidos, ou ainda, alojamentos pagos. Do ponto de vista dos poucos recursos financeiros de algumas mulheres, esse é problema passível de destaque.

A entrevista com Maria (cuja fala sobre alguns dos problemas de morar longe e não ter recursos financeiros foi recorrente) realizou-se um dia após a transferência embrionária. Ela estava hospedada na casa de parentes do marido, num bairro da Região Metropolitana de Recife e voltaria para sua cidade no dia seguinte.

4.5. Adoção – uma alternativa para os/as tentantes?

Alguns dos depoimentos das mulheres, como já visto, proferidos em momentos muito tensos e angustiados - ora por elas já terem tentado e não terem obtido sucesso, ora por não acessarem o serviço financiado pelo Estado-, expressavam o fato de não querer mais tentar a FIV e já tomavam por certa a adoção. No entanto, por insistência de médicos/as e outro/as profissionais, acabaram voltando atrás em suas decisões.

Prática comum revelada entre as tentantes das clínicas privadas, a insistência também indicada pelas tentantes do serviço público suscitou algumas reflexões em torno dos porquês das investidas por parte das equipes médicas. No que tange às clínicas particulares, o encorajamento não é algo que se possa dizer

extraordinário. As mulheres buscam realizar um desejo e as clínicas dispõem de um aparato tecnológico para tal. A discussão sobre adoção, por exemplo, não se dá nesses espaços, afinal, assumir tal possibilidade seria apropriar-se de um discurso fracassado da FIV e sobre isso não há chance. Nas clínicas particulares não há tempo de espera ou qualquer outro tipo de empecilho, a não ser o insucesso recorrente, mas, ainda assim, quando isso acontece, o que se percebe é uma transferência entre especialistas do tipo: não deu certo comigo, mas pode dar certo com “fulano”. Certamente que isso não acontece sempre. Não aconteceu nos casos de Janis, de Amy ou Cassia Eller, tentantes que não conseguiram engravidar nas clínicas privadas e que se sentiram abandonadas por suas médicas e pela equipe. Uma experiência diferente tiveram Etta e Aretha que, para além do cumprimento do exercício profissional, perceberam em seus médicos (na verdade, tratava-se do mesmo médico) um desejo tão grande quanto o delas em fazê-las grávidas. Havia, segundo elas, uma espécie de envolvimento afetivo, envolvimento este que justifica, por exemplo, que toda uma equipe se mobilize em torno de um estado de sofrimento profundo, como o relatado a seguir por Billie:

“Chorei de me acabar, desci ao fundo do poço porque no ano passado eu desisti do IMIP. ‘Doutora, eu não venho mais não. Cansei! Já vai fazer seis anos que eu moro aqui dentro. Você pensa que o dia está chegando, está chegando... pensa que tá chegando, e não chega nunca. Vou-me embora. Volto mais não. Tá faltando fogo pra eu tocar fogo nesses papéis todinhos do IMIP’. Aí a assistente social disse: ‘Billie, como é que você...?’ ‘Não, quero saber mais não!’ Eu comecei a chorar, me desesperei, deu uma crise. Sabe quando você vai chegando no limite? Pronto, foi o ano passado. Eu disse: ‘Quero mais não. Tem uma mulher que está com um menino no bucho e vai me dar o filho e eu quero, e eu vou pegar e acabou. Mãe é aquela que cria, que ama. Eu tenho muito amor pra dar. Eu não quero saber se é branco, preto, menino, marrom, menina, azul, amarelo... Do jeito que vir é meu e quem tiver doido que diga que não é. Quero mais não, cansei desse IMIP. Não vai sair mais não, vocês ficam me enrolando. Vou-me embora’. Aí a menina, a enfermeira: ‘faça isso não!’ Aí nisso entrou Dr. Médico 9 dentro da sala (médico 9 que fez a primeira fertilização): ‘Eu estou achando que está chegando, está chegando a sua vez’. ‘Está nada, está chegando é nada! Vocês ficam me enrolando’. Eu já estava chorando, eu estava indignada. Aí a enfermeira: ‘vamos fazer assim, você vai embora, vá pra casa, descansa, pense direitinho. Seu processo está aqui, está caminhando, está chegando a sua vez...’. ‘Ah, quero saber do IMIP mais não, vou

pegar o menino e acabou, pois tá chegando? Quando eu tiver com o menino no braço eu faço outro' [...] Aí fui embora pra casa. Dias depois ligaram do IMIP dizendo que estava marcada a minha fertilização pra janeiro. Eu disse: "é trote?" Aí ela disse: "venha embora pra cá!" Aí eu voltei para o IMIP em setembro. Eu já estava com o enxoval pronto para xxx (filho que adotaria)...(Billie Holliday)

As mulheres em situações de muita ansiedade eram orientadas a buscar apoio psicológico (assim como no caso relatado pelas psicólogas do ICHC/FMUSP), ao que algumas respondiam através da busca de tais serviços e, outras, através de apoio religioso. A partir de tal subsídio emocional, o objetivo era fazer com que essas mulheres em situações-limite como a apresentada através de Billie, mas também como as que serão apresentadas a seguir, ficassem mais calmas, mais pacientes para ou tentar mais uma vez, ou, por outro, "organizar suas gavetas", mesmo diante dos limites impostos.

O "ter que tentar" junto à necessidade de ter "paz de espírito" tem seus desdobramentos e os desdobramentos dos desdobramentos ao se constatar, por exemplo, que algumas das mulheres entrevistadas para esta pesquisa não se movimentaram durante quinze dias após a transferência embrionária e que, para tanto, usaram fraldas geriátricas – não por recomendação médica, mas por recomendação de amigas que conheceram na recepção dos serviços de RA. Enfim, deixaram de realizar todas as atividades normais como cozinhar para si mesmas, estudar e trabalhar –, o que se configura como risco social pelo isolamento, pela possibilidade do desemprego, pela descontinuidade dos estudos¹²⁰, entre outros riscos.

...eu queria fazer minha parte para depois não me culpar, para o meu psicológico depois não estar me culpando: 'se eu tivesse ficado quieta, está vendo, eu tinha conseguido... foi porque eu me levantei, foi porque eu fui para rua, porque eu fui trabalhar...', aí eu quis poupar meus pensamentos disso, mas não foi por esse lado.

¹²⁰

Em vários momentos das conversas travadas com Clara, por exemplo, ela se referiu às diversas negociações com colegas de turma, bem como professores por ocasião da priorização da FIV e ao atraso de suas atividades para nota na faculdade. Eu mesma, enquanto professora, tive a experiência com uma aluna que, após muitas faltas e negociações diretas com a coordenação do curso para realização de atividades fora do período regular, foi deixando de frequentar o curso até o ponto em que eu não tive mais notícia dela.

Não aconteceu porque não tinha que acontecer. Pelo menos hoje eu não estou me culpando que foi por isso ou por aquilo. Clara

A constatação do “ter que tentar para não se culpar” nos dá pistas da relação entre o sacrifício e o que as mulheres fazem para tentar engravidar, assim como nos remete às questões relativas ao significado de ter um corpo submetido à tecnologia médica com o fim último da reprodução ou, mais propriamente, do que seria a cura para um corpo doente ou “desnaturalizado” pela impossibilidade da gravidez.

Assumir uma tal restrição por meio de uma adoção seria, para maior parte dos/as entrevistados e entrevistadas, o último recurso. Em todas as entrevistas foram realizados questionamentos em torno da possibilidade da adoção e todos/as disseram (com exceção de Janis, e, em certa medida, Aretha, para quem a adoção não seria alternativa) que em algum momento pensaram em adotar, mas que essa possibilidade só seria amadurecida após a tentativa com FIV.

“...a gente conversou isso: se, por acaso, a gente não conseguir, a gente vai, como se diz, procurar uma criança para a gente adotar. Agora seria a segunda opção. A primeira seria a gente ver se conseguia ir até o fim mesmo” Maria

4.6. “OS” tentantes – a percepção dos homens sobre a FIV e experiências vivenciadas

Aos poucos, e como pode ser observado a seguir, pelo menos em tese, a infertilidade do ponto de vista médico vai deixando, muito timidamente, de ser percebida como patologia em si mesma, o que tem corroborado, inclusive, e embora de modo ainda inexpressivo, para a inclusão da presença masculina nas questões que envolvem a infertilidade.

No tratado de Reprodução Assistida 2010, material médico da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, a infertilidade consta não como um problema físico ou que ameaça a vida do indivíduo, mas sim como relacionado com problemas emocionais, psíquicos e sociais que atingem principalmente as mulheres. E atingem-nas principalmente porque, primeiro, independente da

literatura médica, mas certamente pela intermediação histórica dessa instituição, as mulheres trazem para si a responsabilidade sobre o processo reprodutivo; e, segundo, porque inclusive do ponto de vista médico, ao passo que 35% é o percentual de distribuição de fator masculino de infertilidade, 45% é fator feminino. Além disso, onde há Infertilidade Sem Causa Aparente - ISCA (10%), também aí há uma tendência de que, seja lá o que for, ou onde for o problema, este inevitavelmente será assumido pelas mulheres, afinal, e essa parece ser uma compreensão tácita do casal e da sociedade como um todo, de que aos homens parece sempre mais difícil assumir que o “vazio” está em seu corpo.

A enfermeira responsável pelo setor de reprodução assistida do IMIP, a época, chegou a dizer que, mesmo ela, em princípio, achava que a maior responsabilidade era do corpo feminino, mas com o cotidiano do tratamento de FIV percebeu que seria “meio a meio”. Segundo ela, muitas vezes os homens – a maioria – têm resistência às investigações e a assumir a responsabilidade dos fracassos das tentativas com FIV e tentam, dessa forma, justificar o problema da produção de esperma, por exemplo, na alimentação, ou qualquer outra coisa que possa ser compreendida como menos complexa. As mulheres, por sua vez, e talvez por pena, ainda segundo suas palavras, se mantinham caladas enquanto eles tentavam se justificar.

A partir das treze tentantes, e dos diagnósticos reproduzidos por elas durante as entrevistas, pelo menos em três casos os homens foram apontados como principais responsáveis pelas dificuldades da gravidez e todos eles teriam apresentado resistência na busca pela reprodução assistida. Em outros três casos, em que o diagnóstico seria misto, ou seja, em que existiam limitações tanto no aparelho reprodutor feminino, quanto no aparelho reprodutor masculino, não houve relato de resistência por parte dos maridos, apenas foi identificada em um desses casos uma certa mágoa não resolvida entre quem quis adiar a gravidez. Ele dizia que ela queria se dedicar aos estudos e à profissão, enquanto ela dizia que ele adiava porque não estavam economicamente organizados para terem um bebê, e nenhum dos dois concordava com o que o outro dizia (e esse aspecto foi percebido

em diferentes momentos nas entrevistas individuais e conversas na recepção do IMIP).

No que tange à recorrente referência à resistência dos homens, quando estes são apontados como principais responsáveis pela impossibilidade da gravidez, Janis, no momento de sua entrevista, aponta alguns caminhos para análise pela exposição do vazio a partir do qual também os homens passam a ser (pouco a pouco) questionados:

“...ele ficou baixo-astral, assim: ‘poxa, é comigo o problema!’ porque sempre acha que ele, que ele pode fazer isso. Eu acho até que entre os homens tem essa questão de: ‘ah, você não consegue nem engravidar sua namorada!’ Como se fosse alterar alguma coisa da vida sexual, e não tem nada a ver. Tudo funciona naturalmente, normalmente. Não vai alterar em nada”. Janis.

Na medida em que Janis ajuda a rememorar aquilo que não está esquecido, ou apenas esquecido no plano do dito, ela expõe o vazio, a ausência, a memória da condição da mulher enquanto categoria vazia. Tal memória é acessada quando os homens, também eles, pouco a pouco, são alcançados pela condição de incompletude; quando no esquecimento e recuperando a memória do que fatalmente não foi esquecido, também eles passam a ser identificados na falha, na ausência, possivelmente na potência, mas não mais no que já tem sido em si mesmo. Esses homens são alcançados pela condição de vazio - pelas mãos da mesma ciência da diferença onde “há e houve uma considerável e frequente tendência misógina em grande parte da pesquisa biológica” (Laqueur, 2001, p. 32), mas os alcança ainda porque “o poder masculino pode ser sempre o padrão no jogo dos significados, mas é um padrão cuja condição é minada por sua inconstância histórica impenitente (Ibid, 2001, p.33).

Para não dizer que não falei de flores, ou para reafirmar aqui que a presença masculina não pode ser prescindida de toda essa discussão (apesar de que nela, ou no contexto dos sacrifícios e dos sofrimentos realizados em nome da reprodução biológica, o homem seja ainda coadjuvante), serão apresentadas a seguir as vozes **dos** tentantes, homens que estavam com suas esposas na recepção do setor de RA do IMIP e que se dispuseram a contribuir com a pesquisa.

Foram convidados ao todo seis tentantes homens (num esforço de equiparação proporcional às mulheres). Entre os seis, três eram co-responsáveis pela impossibilidade da gravidez e todos eles concordaram em realizar a entrevista. No entanto, em uma das entrevistas, houve a presença muito marcante da esposa que interrompeu a entrevista e, por isso, entendi que a percepção individual do marido teria ficado comprometida. No outro caso, a entrevista seria realizada tanto com a esposa e também com o marido na casa de parentes no dia seguinte à transferência. Era sábado à tarde, contexto dionisíaco demais para uma missão tão apolínea quanto participar de uma entrevista, e, assim, o tentante se entregou aos prazeres alcoólicos do fim de semana em família, comprometendo a realização da entrevista.

Dessa forma, para os quatro homens elegíveis, o TCLE aprovado para entrevistas com as mulheres foi adaptado minimamente, apenas em seus artigos, e assim se deu as entrevistas esclarecidas e livremente consentidas por aqueles que embarcaram com suas esposas na odisseia pelo filho biológico.

Eles foram perguntados acerca do perfil socioeconômico, sobre o desejo de ter filhos, sobre a participação que tiveram nos procedimentos da reprodução assistida e suas visões da FIV. Além disso, foram questionados sobre a percepção que tinham da experiência vivida por suas esposas; se o que estavam vivendo, ou que viveram, havia afetado a relação; se haviam eles mesmos buscado informações e se preocupado sobre riscos e procedimentos pelos quais suas esposas estavam passando ou passariam; o que pensavam sobre adoção e, por fim, em diferentes momentos da entrevista, suas próprias percepções sobre o que seria ser homem e ser pai

O que é ser homem?

Aos poucos e por partes, “O que é ser homem?” foi a primeira pergunta realizada após o levantamento do perfil socioeconômico de cada tentante entrevistado. Ela tinha por objetivo identificar os elementos regulares e as

dispersões em relação aos discursos das mulheres e de que modo corroboravam, mesmo que indiretamente, para a articulação das concepções de sofrimento e sacrifícios legitimados às mulheres.

Pode-se dizer que os tentantes consideram que ser homem está relacionado, de modo genérico, ao caráter, à responsabilidade, ao dever, à obrigação. Seria participar das coisas boas da vida, ter princípios. Seria ser um ser humano que consegue “reconhecer que um dia ele nasceu, que está vivendo, que precisa viver bem porque ele está prestes a morrer” (Jimi). Menos genericamente, ser homem é concebido com ser chefe de família, assumir suas responsabilidades na família, tomar a iniciativa sempre que for necessário. Renato Russo diz o seguinte: “A gente, desde que cresce – tanto na família, quanto na escola – o homem é que tem a iniciativa de tentar mudar as coisas. Ser homem é mais ou menos isso”.

Segundo pude perceber durante o tempo em que acompanhei esses tentantes e durante as entrevistas, eles faziam jus à percepção que tinham sobre si mesmos, ou seja, sentiam-se responsáveis por acompanhar suas esposas, apesar de nem sempre compartilharem da mesma ansiedade. Assumiram-se responsáveis por sua família (esposa e possíveis filhos) e, com isso, não só alimentavam o desejo de que os procedimentos dessem certo, mas, principalmente, se sentiam na obrigação de refrear os ânimos das mulheres que, em determinados momentos, pareciam colocar a perder, segundo suas próprias palavras, a própria relação em nome do que seria o sonho.

J. Lennon foi um dos maridos que mais enfatizou essa questão. Ele disse que em um determinado momento, antes de serem aceitos pelo setor de RA do IMIP, a esposa queria vender a única casa deles, conseguida com muito esforço, para pagar a tentativa com FIV, ao que ele teria negado. Ela, revoltada, teria proposto separação para vender sua parte e pagar pelo seu sonho. Nesse momento Lennon teria dito, segundo ele, o seguinte: “*poxa, xxx, tudo tem seu limite... olha, você pode vender o que você quiser, mas eu não faço parte disso não, porque você vai destruir uma vida por completo, que é a vida de nós dois para ir atrás de um sonho*”. A esposa de Lennon foi um dos casos considerados graves

e encaminhados para acompanhamento psicológico no centro de RA do IMIP, o que fez com que ele, segundo suas palavras, saísse de casa para trabalhar, “não preocupado com ter ou não ter filho, ou com a fertilização, mas muito preocupado com ela, com sua cabeça, com a possibilidade de ‘pensar bobagem’, cair em depressão”.

Renato Russo, ao ser perguntado sobre se a relação entre ele e a esposa havia sido modificada quando perceberam que tinham essa dificuldade em ter filhos, disse o seguinte:

Não...de minha parte não mudou, mas da parte da minha esposa ela ficou...assim, vinte e quatro horas do dia dela é pensando em gravidez(...) tudo ela reclama, tudo ela acha ruim, ela acha como se fosse um castigo que deram a ela. Qualquer coisa chora, impaciente, mas eu estou tranquilo, porque eu acredito que ela vai conseguir. De uma maneira ou de outra, ou natural, ou fertilização, eu acredito que ela vai conseguir. Renato Russo.

Para Renato Russo, ter um filho era algo muito desejado e, talvez, inadiável. Jimi estava assumidamente dependente do movimento de sua esposa, e Lennon e B.B. King adiariam tranquilamente as tentativas que tanto mobilizavam suas esposas, afinal, para eles, o mais importante era estar com elas, desfrutando da relação, sem serem tomados por tanta pressão e informações em demasia que, em princípio, não faziam muito sentido. Lennon não disse durante sua entrevista, mas ele já tinha um filho (quem disse isso foi sua esposa). B.B. King não tinha filhos e sua esposa (embora não fossem casados legalmente) estava grávida de seu primogênito. Eles estavam no setor de RA para realizar mais uma ultrassonografia de pré-natal e já sabiam, em decorrência de um primeiro contato, que eu faria as entrevistas.

Estranhamente, no momento da entrevista, a esposa de B. B. King se mostrou arredia, pouco a vontade em deixar seu marido sozinho respondendo às minhas questões, ao que ele teria agido de modo muito leve, sugerindo que ela fosse almoçar com sua filha já adolescente enquanto ele conversava comigo. Naquele momento, pensei que alguma coisa estava muito errada – ou ele era muito mulherengo, ou ela era muito ciumenta. Durante a entrevista, percebi que aquele homem bem apessoado e tranquilo havia feito uma escolha. Ele expressava

admiração, carinho e um respeito tão grande pela esposa, que ali não caberia desconfiança por parte dela (depois, em sua entrevista, ela disse que estava desconfiada com outra coisa). B.B. King disse que no início das investigações havia sido egoísta, que sua esposa chegava com novidades, falando que os exames tinham dado certo, mas ele não ligava e isso teria afetado, em princípio, a relação. Ele revelara o quanto havia sido inicialmente influenciado por sua família, que não a aceitava porque ela não era uma “menina direita”, virgem. Era uma mulher com dois filhos e que não podia engravidar e, ainda, que talvez estivesse querendo engravidar para prendê-lo. Por fim, ele achava que aquele não era o momento e que só depois ele definiu o que queria, que resolveu “entrar de cara”, acompanhando a esposa sempre que podia. Ele afirmou que era apaixonado por ela, pois ela era uma mulher muito sofrida, que queria viver e que a fertilização era um direito da mulher. Ele disse o seguinte: “acho que é um direito que a mulher tem e é muito legal porque muitas pessoas, tipo, a minha esposa, o último filho dela foi de um aborto [sic] – ela até não queria, teve depressão pós-parto..[- **foi feito de quê?**] – foi...feito de um estupro”.

Houve um ato falho na fala de B.B. King. Sua esposa foi estuprada pelo ex-marido e, talvez, tenha pensado em abortar, e sobre isso não teremos certeza. A questão é que B. B. King era solidário às razões pelas quais a esposa lutava para ter um filho biológico e depositava confiança no potencial da tecnologia para ver seu sonho realizado. Para ele, ela tinha o direito a uma experiência de maternidade diferenciada, com base no respeito e no afeto.

Interessante destacar aqui que tanto B.B. King quanto John e Jimi fizeram questão em destacar o quanto eram homens que estavam para além dos modelos hegemônicos de masculinidade ao recorrerem às tecnologias da reprodução com suas esposas e, ainda, por não fazerem do filho biológico o elo necessário à manutenção da relação. Ser “um cara muito mente aberta”, ou “muito moderno” ou não ser “um daqueles caras brutos, masculinos” era inversamente proporcional à visão que eles mesmos construíram dos homens com os quais travaram contato no mundo da infertilidade. Segundo eles, alguns homens tinham dificuldades em ir aos

especialistas, inibidos em acompanhar a esposa por “preconceito e machismo” e elas acabavam indo sozinhas.

Em certo momento, ao ser questionado sobre as possíveis pressões sociais em torno da maternidade biológica, Jimi foi incisivo:

Quem sou eu para dizer a xxx que ela tem que me dar um filho? Quem é xxx para dizer que eu tenho que dar um filho a ela? Isso não existe. Eu fico chateado quando eu vejo algumas conversas dessa maneira. Até mesmo em nosso meio evangélico e em nosso meio religioso, independente de ser evangélico, católico, espírita, essas coisas. Até mesmo entre alguns religiosos a gente vê essas cobranças. Eu acho isso de um rumo, não sei se existe essa palavra, de um “hitlerismo”. São os “hitlers” modernos. Como é que eu posso te cobrar o que não depende de tu? “Estou” sendo um coronel da era escrava; da era da escravidão, sabe? Isso nunca aconteceu conosco (Jimi).

Uma vez questionados acerca do que achavam da FIV, foi ponto comum que a FIV se tratava de um procedimento interessante que auxiliava as pessoas a realizarem um sonho; que corroborava para a felicidade e união da família, e que envolvia “métodos novos, estudos, pessoas novas ali executando algo tão importante quanto a realização da vida” (Lennon).

Quanto à percepção que tinham de suas próprias vivências e das vivências de suas esposas, disseram que estavam informados acerca dos procedimentos burocráticos e ambulatoriais pelos quais eles mesmos passariam e também suas esposas, e que, mesmo assim, havia ansiedade e mesmo sustos, como aconteceu no caso de B.B. King, diante dos efeitos dos procedimentos no corpo de sua esposa, que quase chegou a óbito por causa de uma trombose após ter sofrido uma hiperestimulação ovariana.

o meu medo maior só foi no dia da fertilização mesmo. No dia da fertilização e no dia da retirada do óvulo. Primeiro no dia da retirada do óvulo, porque ficou bastante dolorido, e então a gente tinha; teve que ficar por aqui. E a reação era bastante cólica, dor de cabeça, umas dor – agora isso por causa da reação que teve, que mexeu muito com útero, e aí foi causando umas... aí eu não tinha bastante condição financeira pra deixar num hotel bom, ainda bem que a gente conseguiu, graças a deus a gente conseguiu; a minha vizinha, como eu tava contando no começo, fez também a retirada dos óvulos, então conseguiu um quarto, aí ficou as duas, uma ficou

ajudando a outra. Só que a minha esposa ficou mais frágil. Como a outra menina só tirou três óvulos, enquanto a minha tirou catorze – catorze não, quinze óvulos. Aí machucou bastante o útero. Aí ficou bastante debilitada, aí o ar era muito calor, não tinha condição, pra mim, comprar um ventilador de última hora já tava caro. Então, assim, você fica um pouco apreensivo; fica muito em dúvida em questão da medicação: será que essa medicação, ela vai melhorar? Ela tá bem? E se ela pegar uma infecção? Mas, graças a deus, deu tudo certo. (...) a gente foi todo informado. A gente sabia que ia acontecer os efeitos, mas assim: não espera tanto. Então quando acontece, você fica com medo. Então essa foi de oito dias, muita cólica, muita dor. Fora que, assim: nem toda pessoa é igual a outra, nem toda a reação é a mesma reação em qualquer organismo. Aí como é um organismo; o dela já é um pouquinho frágil devido às outras gravidez, eu acho que complica mais o quadro, mas, graças a deus, eu acho que foi tudo dando certo.

Sobre a percepção de suas próprias vivências e sobre a vivência de suas esposas, a fala de Lennon, a seguir, traduz bem como os tentantes entrevistados percebiam a si mesmos e às esposas durante o processo, afinal, eles percebiam o quanto aquelas técnicas eram invasivas, o quanto todo aquele processo mobilizava psicologicamente suas esposas e o quanto, apesar de perceberem tudo aquilo, ainda assim seu material genético, obtido de forma simples, rápida e sem dor, no momento da fertilização tinha o mesmo valor que o óvulo obtido a duras penas por suas esposas:

Minha preocupação maior eu acho que foi aquela dali. Tudo estar ocorrendo bem, e chegar minha hora e não dar certo, alguma coisa não dar certo por mim (...) Que aquele momento também, claro, que depende do homem, todo o procedimento, mas aquela era a minha parte mais importante do procedimento foi aquela ali. Simples, rápida, sem dor, sem nada, mas tão importante quanto o óvulo dela, que precisaria dos dois para fazer a fecundação. Eu precisaria estar 100% bom para poder fazer. Imagine só se naquele momento ali meu sêmen não tivesse qualidade nenhuma para fazer a fecundação, e aí?! Como é que ia ser?! Os óvulos e todo o procedimento iam por água abaixo.(...) Poxa, é muito procedimento muito doloroso de uma forma psicológica. Por isso que tem tantos psicólogos lá, para acompanhar, para ter desabafo, aquele encontro delas, que até eu participei (não participei do encontro, eu fui para uma entrevista), que parece que tinha que ir o casal, eu não sei te dizer, que eu participei uma vez, que estava só eu.

5. Considerações finais - O revés do parto e a tese dentro da tese: quando a probabilidade negativa sai da sombra e o domínio da *différance* é deslocado

Como possibilidade de compor o quadro daquilo que poderíamos nomear de elementos da biomoralidade¹²¹ relativos à construção dos corpos das mulheres a partir do contexto de utilização da biotecnologia aplicada à reprodução humana, algumas questões postas na introdução foram perseguidas e analisadas ao longo dos capítulos apresentados até aqui. Dentre tais questões estiveram: Que (e como) campos sociais são mobilizados num contexto de naturalização do desejo da maternidade biológica? O que esta mobilização nos diz acerca do sofrimento nos discursos hegemônicos de feminilidade e da reprodução? Mais que isso, o que nos dizem dos sofrimentos nos discursos hegemônicos acerca da feminilidade e da reprodução num contexto de articulação crescente entre ciência médica, indústria médico-farmacêutica e Estado?

Em relação a essa última questão, mais especificamente em relação ao que seria próprio do Estado, considerou-se o dado de que a legislação referente à Reprodução Assistida - RA, de acordo com o *site* oficial da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida¹²², remonta à resolução 1975/2010 emitida pelo Conselho Federal de Medicina – CFM em 2010, ao PL 1184/2003, ao novo código de ética médica de 1931/2009 e à RDC 33/2006 e 29/2008 - ANVISA que, em resumo, não se podem configurar como legislação brasileira e, portanto, não garantem regulação ou controle quanto aos riscos e resultados da RA em território brasileiro.

Essa informação foi confirmada pelo dossiê Reprodução Humana Assistida da Rede Feminista de Saúde, segundo o qual:

No Brasil, a privatização da medicalização da fecundidade feminina e a desregulação na aplicação das NTRc possibilitaram o encobrimento de dados sobre efeitos colaterais de medicações,

¹²¹ O termo *biomoralidades* refere-se à moral ou às morais que se inscrevem nas questões relativas à vida.

¹²² http://www.sbra.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=68&Itemid=60 [acessado em 31/03/2009]

número de embriões produzidos, implantados, descartados, congelados, proporção de gestações múltiplas e condições dessas gestações, proporção e características de gestações múltiplas, tais como: prematuridade, hipotrofia e outros problemas para mulheres e bebês, que têm sido mais estudados e bem documentados em outros contextos, como na França, Estados Unidos, Inglaterra, Austrália, Alemanha. Assim, aponta-se a invisibilidade em termos de registros dos eventos médico-sanitários (RFS, 2003, p. 22).

Alguns anos se passaram desde que o referido dossiê foi produzido, no entanto, apesar de hoje existirem serviços públicos de reprodução assistida, as TRA não percorreram o caminho tradicional das demais inovações biomédicas. Segundo Corrêa & Loyola (1999, p. 215),

após o aprendizado e a consagração dos novos métodos e técnicas terapêuticos, os médicos, que em geral trabalham nos setores público e privado da medicina, transferiam, num segundo momento, essas práticas para suas clínicas privadas. A reprodução assistida não percorreu aquele caminho tradicional: ela chegou ao país quase que exclusivamente pela medicina privada, setor no qual, até hoje encontram-se instaladas 99% das clínicas e hospitais que oferecem esse tipo de serviço.

Informações sobre efeitos colaterais de medicamentos, número de embriões produzidos, implantados, descartados, congelados, proporção de gestações múltiplas, condições dessas gestações, proporção e características de gestações múltiplas e número de clínicas no Brasil não são disponíveis, nem através do Ministério da Saúde, nem através das Sociedades Brasileiras de Reprodução Assistida, ou da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana¹²³.

Se não se sabe oficialmente nem mesmo o número de clínicas, como se saberá, por exemplo, a quantidade de óvulos produzidos e para onde eles vão? Como se saberá, além disso, a quantidade de óvulos produzidos, num contexto em que não se pode descartar a possibilidade de sua comercialização enquanto matéria prima na produção de embriões para pesquisas com células-tronco? E num contexto, ainda, em que “estes óvulos são obtidos pela invasão dos corpos das

¹²³ Contatos foram realizados com o Ministério da Saúde através de sua ouvidoria, pois não há disponibilização de tais dados no site oficial. Também foram contatadas as Sociedades Brasileiras de Reprodução Assistida e Humana através dos e-mails institucionais ou vias diretas disponibilizados em seus sites.

mulheres, através de altas doses de vários hormônios, desde os que vão paralisar a hipófise até os que vão estimular a ovulação” (REIS, 2006, p.83)?.

O tardio movimento legislador, decerto, tem beneficiado laboratórios e pesquisadores/as na corrida por mais avanços tecnológicos (e os benefícios daí decorrentes) deixando os corpos das mulheres vulneráveis ao poder médico, afinal, o médico Roger Abdelmassih citado ao longo da tese é um caso extremo do que pretendemos dizer¹²⁴.

Por outro lado, e aqui é importante destacar, do ponto de vista das feministas liberais, a existência de uma legislação não é garantia de benefícios às mulheres em sua pluralidade. Isso se dá porque, em geral, quem tem acessado essas tecnologias reprodutivas são casais heterossexuais e casados, o que reproduz não só o modelo de família legitimado pelo patriarcado através do Estado e da Igreja, mas também a papéis cristalizados a partir de uma ordem dicotômica não ambígua e reificada na “unidade” do gênero como “efeito de uma prática reguladora que busca uniformizar a identidade de gênero por via da heterossexualidade compulsória” (BUTLER, 2003, p. 57).

No IMIP, por exemplo, o não atendimento a casais homossexuais tem se justificado pela ausência tanto de recursos, quanto de uma política institucional de não congelamento de óvulos e espermatozoides com fins de doação. Por outro lado, foi de uma clínica particular de Recife – reafirmando o vanguardismo dessa capital no tocante à reprodução humana - que aconteceu, em março de 2012, o primeiro reconhecimento jurídico no Brasil de uma criança gerada através de FIV por casal homossexual masculino¹²⁵.

¹²⁴ Exemplo do que está dito é o atual caso do Médico Roger Abdelmassih, preso, acusado de assediar sexualmente e estuprar 51 mulheres. Além de tais crimes, há sérias questões éticas sob apuração. Segundo notícias que circularam na imprensa, o médico teria proposto utilizar óvulo ou espermatozoide de doador sem o conhecimento por parte do cônjuge, e, ainda, utilizado do diagnóstico genético pré-implantação (permitido apenas para evitar doenças) com fins de sexagem. A questão é que, no Brasil, tais procedimentos não são crimes, são infrações ao código de ética e que acarretam, no máximo, na perda da habilitação profissional.

¹²⁵ O processo se deu da seguinte forma: espermatozoides foram cedidos pelo casal, os quais fecundaram óvulos de um banco de doadoras e inseminados no útero de uma prima que se dispôs a fazê-lo.

Nesse sentido, o que ainda tem diferenciado o acesso à FIV por casais homossexuais e heterossexuais é a sua disponibilização pelo serviço público e isso significa a constituição de um padrão que se não é total, desprovido de ambiguidades, pauta-se em uma hegemonia heteronormativa e patriarcal.

O que antes era reivindicação de mulheres/casais heterossexuais sem recursos passou a ser também demanda para casais homossexuais, apesar de todas as discussões sobre o sentido de se ter uma técnica de efeitos incertos no corpo da mulher (entre outras questões), prevista como parte de uma política pública de planejamento familiar antevista pelo ministério da saúde.

De qualquer forma, diante do avanço jurídico e médico e das conquistas já visibilizadas, onde estão as mulheres que compuseram o ato *avant-garde* recifense que ganhou notoriedade nacional por meio dos principais telejornais do Brasil? Cadê a mulher que doou o óvulo e a mulher que recebeu o embrião em seu útero? O que foi dito sobre elas, suas motivações, seus sentimentos, seus corpos? Nada foi dito. Ambas passaram por um intenso processo de estimulação hormonal: a primeira, para gerar os folículos, a segunda, para manter o embrião em seu corpo. Sobre esta segunda, sabe-se que era prima de um dos pais de Maria Tereza, a criança gerada por meio da FIV e registrada por seus dois pais. No entanto, nada mais se sabe além de que houve um sentimento de altruísmo ao disponibilizar o próprio corpo para gerar a filha do primo e seu companheiro.

Rohden revela o quanto as mulheres têm estado nesse lugar de reprodutoras, exercendo seu destino biológico e exercitando o sacrifício em nome de si, mas também em prol de um interesse coletivo, que é a “perpetuação da espécie”, sob os auspícios do domínio público:

Constata-se, assim, que a sociedade não está interessada a princípio na mulher, mas naquilo em que ela pode ser produtiva ou prejudicial. O que está em jogo é a produção de novos indivíduos para a coletividade. E a mulher que chegou ao estado de gravidez tem de necessariamente apresentar algum resultado, ou seja, o filho, mesmo que seja morto. A gravidez está muito longe de ser vista como um evento do plano pessoal ou privado. Ela é um acontecimento social, na medida em que deve ser de domínio público, mas também no sentido de que produz bens para sociedade (ROHDEN, 2003, p. 50)

As mulheres estão invisíveis em todo processo, tanto quanto os hormônios/medicamentos, estes que parecem imunes a qualquer crítica porque não só são apresentados como os principais responsáveis pelo feito da produção de uma criança, como estão resguardados pelo que representam em termos econômicos.

“Nosso papel é abraçar grandes causas”. Essa frase se encontra sobreposta na imagem de uma barriga abraçada pelas mãos da mulher visivelmente grávida e do homem, aparentemente de paletó, que a abraça e compõem (frase e imagem) a publicidade da Merck Serono num jornal¹²⁶ da Sociedade Brasileira de Reprodução assistida – JSBRA - um dos principais materiais de divulgação de um dos principais órgãos representativos dos/as profissionais da área no Brasil.



Figura 9: Publicidade Merck Serono – grandes causas

Quando o laboratório Merck Serono apresenta a frase “*Nosso papel é abraçar grandes causas*” e o faz em uma das primeiras páginas do jornal da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida – SBRA, é possível dizer, entre outras coisas, que o discurso que está subjacente é aquele de que a gravidez, como dito anteriormente, está muito longe de ser vista como um evento do plano pessoal ou privado. Quando a frase “*Nosso papel é abraçar grandes causas*” além de tudo é sobreposta à imagem de uma barriga abraçada pelas mãos da mulher visivelmente grávida e também de um homem, aparentemente de paletó que a abraça, é a

¹²⁶ Jornal da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida – JSBRA. 3 vol. 12 _jbra 3_ 2008.

gravidez planejada no seio de uma família constituída a partir de valores heterossexuais, o discurso que se subentende.

Merck, Merck Serono, MSD (Merck Sharp & Dohme), Ferring, Schering-Plough, Organon, e suas respectivas logomarcas, se fazem presentes nos sítios eletrônicos, por exemplo, da Red Latino-Americana de Reprodução Assistida - REDE, SBRA e SBRH, patrocinando seus congressos, como bem relata Naara Luna, a seguir, e mobilizando o imaginário de quem busca uma criança por meio da FIV.

O congresso não se reduzia aos debates. Uma empresa farmacêutica patrocinadora sorteou um computador palm top entre os que compareceram ao seu simpósio. Entre os debates, o telão exibia lançamentos da indústria farmacêutica em linguagem publicitária: “Breve no Brasil Puregon Pen: praticidade e conveniência”. O filme de divulgação do novo medicamento mostrava o desenvolvimento da reprodução humana ao longo do século XX: a trilha sonora grandiloquente do filme *Carruagens de Fogo* introduzia um medicamento já estabelecido, e o último lançamento vinha acompanhado por música tecno. Um mote publicitário era: “Tratamento individualizado: individualizado e flexível. O único tratamento que respeita sua paciente. Breve no Brasil!” (LUNA, 2007, p. 46).

A questão é que aquilo que se evidencia por meio de belas imagens, da pressão das redes de amigos e familiares, das experiências positivas de outras pessoas e da fé “aniquilam”, paradoxalmente, as evidências científicas dos riscos no tocante à produção de adoecimentos e possível morbi-mortalidade das mulheres por meio do intenso uso dos medicamentos/hormônios utilizados.

Os sentidos sobre os riscos, também eles têm sido a todo momento negociados, pois numa relação custo-benefício, o benefício de ter um filho tem superado o custo da qualidade de vida das mulheres e, inclusive, de suas próprias vidas. Consideramos, então, que tais riscos sejam assimilados, e que essa assimilação se dê em nome de um propósito, de uma pretensão maior – o desejo de ter filhos.

“naquele momento você está tão voltada para aquele momento presente de ser mulher e ser mãe, que você está se ‘lixando’ para o futuro” (Nina)

Como nos falam Menegon & Spink (2006, p. 165), os riscos “não se relacionam apenas à complexidade de procedimentos técnicos, às taxas de sucesso e ao seu alto custo financeiro, porquanto dizem respeito, também, ao sofrimento emocional e aos processos subjetivos, tanto individuais como coletivos”. Não foi à toa que se julgou como problema norteador destacado para esta pesquisa o fato de que o recurso às TRA tem evidenciado os entremeios da influência das instituições sociais sobre a decisão das mulheres quando estas se dispõem a desempenhar o papel social da maternidade através da reprodução biológica medicalizada.

A medicalização na medicina foi introduzida como recurso terapêutico e seus efeitos colaterais têm sido considerados pela mensuração do binômio risco-benefício. Assim, as mulheres assumem, ou de peito aberto, ou receosas, os riscos, mas a questão é que inclusive a ideia de risco, como “possibilidade de prever e de controlar o futuro” (MENEGON e SPINK, 2006, p.168) “pode ser apropriada por estratégias de biopoder que nos impedem de pensar de modo radical nossos envolvimentos tecnológicos, seu significado mais amplo em nossa existência”¹²⁷.

Assim é que esse “sujeito da infertilidade” – as mulheres - foi situado nesse jogo de verdade definido por um saber ou por um modelo médico. Elas assumem a ideia de riscos advindos da medicalização travestidos de fins terapêuticos, utilizam as biotecnologias sem que pensem de modo mais radical o seu significado, ou questionem as instituições de poder ou os discursos “verdadeiros” construídos em torno da legitimação do sofrimento e sacrifício, e, pelo contrário, os assumem.

Essa é uma perspectiva que certamente não soaria nem um pouco bem aos ouvidos de Donna Haraway, que possivelmente consideraria tal articulação como “insistência na vitimização” (HARAWAY, 1993, p. 254), mas, mais que isso, não a agradaria porque diferente dela, não se parte do pressuposto aqui, apesar de todo esforço desconstrucionista, de que as “fronteiras foram violadas”, ou que saímos do “labirinto dos dualismos”- como ela expõe no *Manifesto para Cyborgs* -, pelo menos

¹²⁷ FERREIRA, Jonatas. Nanobiotecnologia: saúde e percepção de risco na sociedade do conhecimento.

não aqueles construídos entre homens e mulheres ou, pelo menos, não aqueles atrelados à reprodução.

Decerto que uma das preocupações dessa autora está em desvencilhar o “ser mulher” de uma categoria “que aglutine naturalmente todas as mulheres” (Ibid, p. 250) e, em relação a esse aspecto, estamos de acordo. A questão é que, de qualquer forma, a inquietação permanece: o que está significado por mulher num contexto de múltiplas articulações discursivas em torno da reprodução medicalizada? Haraway acredita num mundo pós-gênero, mas muitas vezes fala como se já estivesse nele. Constatamos o óbvio: não estamos num mundo pós-gênero. Se ainda há argumentos de “insistência na vitimização”, como coloca Donna Haraway, então não há por que considerar que a “expropriação dos corpos pela biotecnologia é mais intensa e evidentemente exercida sobre as mulheres” (REIS, 2004, p. 31), afinal de contas, a tecnociência tem ocupado progressivamente o cotidiano da vida e o controle tem se dado cada vez mais pela apropriação das sementes (animais, vegetais e humanos). No caso das sementes humanas, certamente têm sido as mulheres convocadas, por meio de todos os procedimentos já descritos, a “dar” seus óvulos.

Em que pese todo processo dicotômico a partir do qual as mulheres, mas também negros e outros monstros¹²⁸ são “objetivados” e pretensamente “controlados”, “na prática, porém, tal discurso precisa excluir incluindo e incluir o outro sob o estigma da exclusão. É, portanto, da própria ambiguidade que deriva sua força, embora, paradoxalmente, seja tanto mais forte quanto menos ambíguo se mostre” (FERREIRA & HAMLIN, 2010, p. 812). Assim, em que pesem os esforços de anulação da existência mesma de um centro, que por sua vez está na origem do que seria o significado transcendental atrelado à feminilidade e à maternidade e reprodução, há que se considerar a regularidade das indeterminações, dos jogos, das escrituras.

As biotecnologias da reprodução e os processos que lhes são concernentes têm falado bastante sobre a relação que as mulheres têm travado com a indústria e

¹²⁸ Alusão direta ao artigo de FERREIRA e HAMLIN, intitulado “Mulheres, negros e outros monstros: um ensaio sobre corpos não civilizados”.

a medicalização da reprodução, assim como a ausência de mecanismos de proteção por parte do estado falam das biomoralidades que, potencialmente, vulneram os corpos femininos através de um biopoder de Estado. Empreender esse exercício analítico em tal contexto de crescimento desenfreado e desregulado de uso das Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas - TRA, e analisar a situação a partir das mulheres que se submetem à Fertilização *in vitro* – FIV, permitiu a inter-relação de circunstâncias e a articulação entre os discursos que estão presentes nas linhas e entrelinhas dos dados obtidos e, inclusive, na ausência deles.

Início do fim, início de outro início

“...quando eu estava saindo desse processo, tinha uma amiga minha que estava grávida nessa época e teve nenê, e eu fui, e eu disse: “eu tenho que encarar essas coisas” e fui visitá-la. A gente chorou quando a gente se encontrou, e, quando vi a filha dela, eu disse para mim: “eu posso ser mãe”...vou fechar, eu vou viver o luto do filho biológico, e vou me encaminhar para adoção. Então ai foi outro processo. Passei um ano, um ano e pouco, todo mundo me oferecendo menino (...) e eu disse: não, eu não quero agora, ainda estou muito maltratada como mulher”. Amy

A análise das forças que disputam a hegemonia em torno do significado das tecnologias da reprodução por meio da FIV, propósito central desta tese, aconteceu na medida em que, primeiro, foram identificadas regularidades e dispersões discursivas em torno do sacrifício e do sofrimento como construtos de feminilidade e de reprodução no contexto da FIV; e, segundo, quando a repercussão das articulações discursivas entre Estado, ciência médica e mercado foi analisada em relação aos discursos produzidos pelas próprias mulheres acerca de si mesmas e de suas experiências pessoais ao buscar a FIV. A partir de tal encaminhamento, algumas das regularidades e dispersões foram identificadas, em princípio, a partir dos discursos que as correntes feministas liberal e radical têm produzido acerca das TRA e, ainda, a partir de sua *différance*. O deslocamento da lógica oposicional que caracteriza a *différance* pode ser identificada, no contexto da FIV, na (e

inclusive por causa da) diversidade de opiniões políticas das mulheres e percepções acerca da maternidade, que reverberou, por exemplo, na reivindicação das TRA no âmbito da liberdade sexual e reprodutiva a partir da *plataforma política feminista*¹²⁹, documento elaborado no ano de 2002 como resultado de uma base de mobilização de mais de 5 mil ativistas de movimentos de mulheres.

As regularidades, em geral, podem ser traduzidas no forte discurso em torno da autonomia adquirida pelas mulheres, primeiro, no que tange às escolhas reprodutivas e isso tem a ver tanto com não conceber, quanto com conceber e em que condições (quando, como, e com quem conceber); segundo, no que tange ao avanço da idade e das diferentes prioridades diante da vida, como trabalhar, estudar, etc.; e, por fim, no que diz respeito à possibilidade de autodeterminação diante dos riscos que devem ser assumidos tão logo sejam plenamente conhecidos e calculado em relação aos benefícios desejados.

Os discursos das liberais têm sido facilmente apropriados pelos/as especialistas em RA e, ainda, pela indústria médico-farmacêutica, isso porque muitos são os pontos nodais entre os discursos de autonomia reprodutiva e satisfação dos desejos/necessidades individuais e as promessas das tecnologias reprodutivas.

Outros pontos nodais podem ser identificados, por exemplo, quando o Estado brasileiro não só autoriza a técnica em seu território, como subsidia seu uso enquanto direito constitucionalmente garantido diante das demandas sociais de acessibilidade universal a tais tecnologias, assumindo o discurso liberal e legitimando as intervenções médicas em nome do direito de constituir família. Ainda corroboram as regularidades dos discursos em torno do uso da técnica a ênfase nas altas taxas de sucesso da FIV difundidas pela mídia e, inclusive, pelos próprios serviços de RA.

Diante de todas essas articulações e a partir dos pontos nodais referenciados, há que se considerar as fissuras ou as dispersões dos discursos regulares que, em que pese o fato de que disputam o significado das tecnologias

¹²⁹ A plataforma emergiu da compilação e síntese dos processos estaduais - 26 Conferências Estaduais - realizadas entre março e maio de 2002. Sua conclusão se fez em Brasília, dias 6 e 7 de junho de 2002, na Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras.

da reprodução, não têm ameaçado o discurso hegemônico –, e essa é, certamente, a principal inferência a ser realizada nessas considerações finais. Tal conclusão acontece na medida em que, por mais que as tentantes levem em consideração que há, de fato, uma forte relação entre as TRA e o mercado, e por mais até que cheguem a criticar tal relação, ainda assim fazem a escolha pela biologia e pelas promessas das biotecnologias. Por mais, ainda, que as tentantes pensem que poderiam optar pela adoção, ainda assim têm priorizado as tecnologias da reprodução. Por fim, ainda que tenham consciência dos sofrimentos e sacrifícios pelos quais passarão a cada ciclo de estimulação hormonal (e mesmo antes, nos exames e procedimentos operatórios) ainda assim, e talvez porque achem que devem vivenciá-los, não deixam de considerar as TRA como alternativa e, mesmo, única alternativa a ser acessada na busca por um filho.

Sobre esse último ponto há que se falar da regularidade nos discursos em torno dos sacrifícios e sofrimentos como construtos de feminilidade e reprodução, difundidos e reproduzidos pelos discursos em torno da reprodução medicalizada. A questão estaria em que a concepção de feminilidade a qual se articulam os discursos da FIV têm a ver com uma relação positiva direta entre ser mulher e ser mãe, mas não qualquer mulher e, também, não qualquer mãe.

Quando Aretha adentra o consultório de um dos especialistas mais renomados em RA de Recife e ele lhe diz: “Sim, mas você está fazendo o quê aqui, se você ainda não é casada?”, a mulher dos discursos hegemônicos em torno da FIV não é solteira, ela não é em si mesma, enfim, ela não é autônoma. Quando o setor de RA financiado pelo SUS em Recife não realiza a FIV em homossexuais, é o discurso da heteronormatividade aquele que está difundido em torno da FIV e a mulher “hegemônica”, ela também não é em si mesma, mas sim em relação à sua condição sexual.

Se a mulher é ao mesmo tempo mãe, em tal concepção hegemônica, ela é aquela que tudo faz e que todos os riscos (conhecidos e desconhecidos) assume em nome do filho. Ela é, enfim, aquela que já é mesmo antes de sê-lo. Ela é a memória, em si mesma, daquilo que deve ser esquecido. Ela é o arquivo da

différance que as tecnologias da reprodução não deixam esquecer: Ela é a meia mulher completa a quem Nina se refere:

“...a questão da sociedade: mulher só é completa quando é mãe, quando pare...então assim, na minha cabeça eu sou uma meia mulher completa, porque estou conseguindo gerar, mas não estou conseguindo manter” Nina

A busca pela reprodução medicalizada é a própria busca por não ser uma meia mulher completa. Trata-se, portanto, da fuga do caráter terrificante, incerto ou absurdo da existência, em seu sentido Nietzscheano, diante da esperança difundida pelas TRA. Assim, e pela compreensão de que a *différance* age pela negação da lógica oposicional, não há como considerar apenas as opiniões liberais ou radicais, ou apenas uma leitura positiva ou negativa em cada uma dessas posições em torno das promessas das tecnologias. No entanto, e considerando que a probabilidade negativa é o discurso das radicais, ou o discurso de crítica à leitura meramente positivada em torno das taxas de sucesso em torno da FIV, o deslocamento da *différance* aconteceria na medida em que as tentantes assumiriam a dispersão dos discursos difundidos pela visão feminista radical relativa à medicalização da reprodução. Assumir a impossibilidade da gravidez, ou do filho biológico, seria tomar para si a instabilidade do presente e avocar a desesperança no futuro, ou a não certeza, e assim assumir a possibilidade de resignificação do mito da maternidade biológica e, inclusive, das promessas das tecnologias, renegociando os sentidos do luto pelo filho que não nascerá, mas, mais que isso, resignificando a presença do filho biológico até então condição de sua completude.

A negociação dos sentidos do luto pelo filho biológico num contexto em que levar adiante “uma gravidez de risco (como gravidez multifetal) ou vencer os riscos e o sofrimento advindo das tentativas de engravidar por meio de reprodução assistida adquirem um sentido heroico” (MENEGON & SPINK, 2006, p. 181), seria pôr em xeque o próprio ato heroico pela resignificação do sofrimento e do sacrifício como construtos de feminilidade e reprodução. Significaria, ainda, atentar que a ambiguidade em tais conceitos abre precedente para outros sentidos menos

convencionais em que sofrer para não ter que sofrer mais poderia ser mais que ultrapassar os obstáculos da reprodução assistida ao “encarar essas coisas” (como dito por Amy anteriormente). A busca de outros sentidos seria uma atitude em favor de uma efetiva autodeterminação na medida em que o sofrimento e o sacrifício poderiam ser assumidos em nome de si (e aqui certamente a ênfase está nas mulheres, elas que na FIV experienciam na carne a memória do filho que não nasceu) e não em nome do filho ou dos valores culturalmente instituídos para o que seria de sua natureza.

Considerando tudo dito até aqui, uma vez que as tecnologias estão marcadas pelo “potencial de transformações radicais, tanto da natureza como das relações humanas” (Ibid, 2006, p. 183), qual o sentido político atribuído à tais transformações radicais em meio às articulações discursivas em torno da FIV? Na disputa pelos sentidos hegemônicos em torno de qualquer que seja a questão política e num contexto de liberdades democráticas, não cabe, certamente, a possibilidade do fechamento dos ciclos, nem mesmo quando levamos em consideração o exato momento da decisão individual tomada em relação ao próprio corpo.

Se toda decisão leva a aporia e, portanto, à abertura possível de significados, Amy (única entre treze que decidiu por “fechar” (seu ciclo)) contribuiu para abertura dos significados possíveis em torno da feminilidade e da maternidade. Ela “transvalorou” o heroísmo convencionalmente aceito aos padrões de feminilidade e reprodução, e ressignificou a si mesma enquanto mulher ao admitir o caráter terrificante, incerto ou absurdo da existência - o imponderável da vida. Amy foi a dispersão em meio às regularidades .

Referências Bibliográficas

- ABBAGNANO, Nicola. Dicionário de Filosofia – 5^o edição – São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- ABDALLAH S. DAAR, ZARA MERALI. Infertility and social suffering: the case of ART in developing countries. In: Current practices and controversies in assisted reproduction. Geneva, World Health Organization, 2002.
- ABDELMASSIH, R. Aspectos gerais da Reprodução Assistida. *BIOÉTICA*, Brasília, Vol. 9, nº 2, p. 15-24, 2001.
- ABOTT , P. , WALLACE, C., TYLER, M. An introduction to Sociology. Feminist Perspectives. Londres, Routledge, 2005.
- AKRICH,M; LABORIE, F. De la contraception à l'enfantement: L'offre technologique em question. Cahiers du genre, nº 25/1999.
- ANGELO, Melina Lólia de; MORETTO, Maria Livia Tourinho; LUCIA, Mara Cristina Souza de. Os filhos da ciência: sobre a maternidade na reprodução assistida. *Mental*, Barbacena, v. 7, n. 12, jun. 2009 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 jan. 2013.
- ARILHA, Margareth. Desejo da maternidade, tecnologias conceptivas e o Estado: rápidas considerações. In: SCAVONE, Lucila. (Org.). *Tecnologias Reprodutivas: Gênero e Ciência*. São Paulo, UNESP, 1996.
- ÁVILA, M. Betânia. Reflexões sobre Laicidade. In: BATISTA, C. MAIA, M. (orgs.). *Estado Laico e Liberdades Democráticas*. Recife: Articulação de Mulheres Brasileiras/ Rede Nacional Feminista de Saúde/ SOS Corpo - Instituto Feminista para Democracia,2006.
- BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistador: O mito do Amor Materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARKER, C. GALASINSKI, D. *Cultural Studies and Discourse Analysis*. Londres, Sage, 2001.
- BARTHES, Roland. 1999. *Mitologias*. México/Madrid, Siglo XXI, pp. 108-178.
- _____. "A morte do autor"; "Da obra ao texto". In: : *O rumor da língua*. Rio de Janeiro, Martins Fontes, 2004.
- BARTKY, S. L. Foucault, Femininity and the Modernization of Patriarchal Power," in *Feminism and Foucault: Paths of Resistance*. Ed. lee Quinby and Irene Diamond. Northeastern Univ. Press, 1988.

- BATEMAN, Simone. When reproductive freedom encounters medical responsibility: changing conceptions of reproductive choice. In: Current practices and controversies in assisted reproduction. Geneva, World Health Organization, 2002.
- BECKER, Gay. The elusive embryo – How Women and Men Approach New Reproductive Technologies
- BECKER, Howard. Outsiders: Estudos de sociologia do Desvio. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.
- BEZERRA, Sheila. Quem pode sofrer? Análise sociológica dos discursos jurídicos relativos aos casos de abortos anencéfalos e suas implicações na vida de mulheres pernambucanas. In: PERNAMBUCO. Secretaria Especial de da Mulher. Prêmio Naíde Teodósio de Estudos de Gênero 2008. Recife: A secretaria, 2009.
- BEZERRA, Sheila. PORTELLA, Ana Paula. Biopoder e Tecnologias Reprodutivas: Uma análise crítica feminista. Recife: SOS Corpo - Instituto Feminista para a Democracia, 2009.
- BORDO, S. Feminism, Postmodernism, and Gender-Scepticism. In: NICHOLSON, Linda J. Feminism/Postmodernism. New York. Routledge. 1990.
- BOURDIEU, Pierre. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- BUTLER, Judith. Bodies That Matter: on the discursive limits of 'sex'. New York, Routledge. 1993.
- BUTLER, Judith. Problemas de gênero: Feminismo e Subversão a Identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: (Res. CNS 196/96 e outras). Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Manual operacional para comitês de ética em pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Gestante de Alto risco: Assistência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

- BRYSON, Valerie. *Feminist Political Theory*. New York: Palgrave Macmillan. 2003. Primeira Edição:1992. [http://www.mohamedrabee.com/books/book1_3968.pdf].
- CABAR, Fábio Roberto. ZUGAIB, Marcelo. Riscos Obstétricos em Reprodução Assistida. In: DZIK, A.; PEREIRA, D. H. M; CAVAGNA, M.; AMARAL, W. N. (Orgs). *Tratado de Reprodução Assistida*. São Paulo: Segmento Farma, 2010. p.389
- CASTRO, Edgardo. *Vocabulário de Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.
- COLLIN, F.; LABORIE, F. Maternidade. In: HIRATA, H. [et al] (org.). *Dicionário Crítico do Feminismo*. São Paulo: UNESP, 2009.
- COREA, G. Os riscos da fertilização in vitro. In: SCAVONE, Lucila (Org.) *Tecnologias Reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo, UNESP, 1996
- CORRÊA, Marilena; LOYOLA, M. Andréa. Novas Tecnologias Reprodutivas: Novas estratégias de reprodução? *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 9(1): 209-239, 1999.
- _____. Reprodução e bioética. A regulação da reprodução Assistida no Brasil. *Caderno CRH*, Salvador, v. 18, n. 43, p. 103-112, Jan./Abr. 2005.
- _____. As Novas Tecnologias reprodutivas: Uma revolução a ser assimilada. *Physis - Revista de Saúde Coletiva* , v. 7, n. 1, p. 69-98, 1997.
- COSTA, Rosely. Tecnologias Reprodutivas e atribuições de paternidade e maternidade. In: *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*. In: GROSSI, M., PORTO, R., TAMANINI, M. (orgs.). Brasília: Letras Livres, 2003. [69-77]
- CUSSINS, C. M. Quit Sniveling, Cryo-Baby. We'll work out which one's your Mama!. In: DAVIS-FLOYD, R.; DUMIT, J.. *Cyborg Babies. From Techno-Sex to Techno-Tots*. Nova York e Londres, Routledge, 1998.
- DAAR, Abdallah S & MERALI, Zara. Infertility and Social suffering: the case of ART in developing countries. In: *Current practices and controversies in assisted reproduction*. Geneva, World Health Organization, 2002.
- DAVIS-FLOYD, R.; DUMIT, J.. *Cyborg Babies. From Techno-Sex to Techno-Tots*. Nova York e Londres, Routledge, 1998.
- DEL PRIORI, Mary. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

- DERRIDA, Jacques. A farmácia de platão. São Paulo, Iluminuras, 1997.
- _____. The gift of death. Chicago and London, The university chicago press, 1995.
- DESCOMBES, V. Le Même ET l'Autre. Paris: Minuit, 1979. P. 163 in: DOSSE, François. História do Estruturalismo. Vol. II. São Paulo, Edusc, 2007.
- DINIZ, D.; GUILHEN, D. O que é bioética. São Paulo: Brasiliense, 2002.
- DINIZ, D.; GUILHEN, D.. Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. Série Anis. ISSN 1518-1324. Vol. 1-2 nº 02 (2000). Brasília: Letras Livres. [Disponível em www.anis.org.br].
- DINIZ, Débora, CORRÊA, Marilena. Novas Tecnologias Reprodutivas no Brasil: um debate à espera de regulamentação. Série Anis 10. Brasília: Letras Livres, 2000.
- DINIZ, Débora. Introdução. In: Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas? Diferentes perspectivas do Direito Brasileiro. Brasília: Letras Livres, 2002.
- DINIZ, Débora; GUILHEN, Dirce. O que é bioética. São Paulo: Brasiliense, 2002a.
- DINIZ, Débora. Aborto e inviabilidade fetal: o debate brasileiro. In: LOYOLA, M. A. *Bioética: Reprodução e gênero na sociedade contemporânea*. Brasília: Letras Livres, 2005.
- DINIZ, Débora. *Severina Torturada*. Série Anis. ISSN 1518-1324. Vol. 1-6 , nº43 (2006). Brasília: Letras Livres. [Disponível em www.anis.org.br], p.1.
- DREYFUS, H. ; RABINOW, P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: (para além do estruturalismo e da hermenêutica). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- DUARTE & TSO DUARTE O. Epidemiologia da Infertilidade. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO HUMANA. Tratado de Reprodução Assistida. São Paulo: Segmento Farma, 2010.
- ENGELI, I., La problématisation de la procréation médicalement assistée en France et en Suisse. Les aléas de la mobilisation féministe. Revue française de science politique 2009/2, Volume 59, p. 203-219.
- ESHRE, European Society oh Human Reproduction and Embryology. J.A. Land and J.L.H. Evers. Risks and complications in assisted reproduction techniques: report of an ESHRE consensus meeting. Human Reproduction. (2003) 18(2): 455-457.

- _____. Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE. Human Reproduction, Vol. 1, N° 1, pp. 1-21, 2009.
- FERREIRA, Jonatas; HAMLIN, Cynthia. Mulheres, negros e outros monstros: um ensaio sobre corpos não civilizados. Estudos Feministas, Florianópolis, 18(3): 811-836, setembro-dezembro/2010.
- _____. O alfabeto da Vida (Da produção à reprodução). LUA NOVA. N. 55-56. p. 219-240. (2002).
- _____. Técnica e liberdade. Lua Nova, São Paulo, n. 51, 2000. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452000000300008&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Mar. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64452000000300008>.
- _____. Novas tecnologias reprodutivas: a negociação política dos limites entre cultura e natureza. 2009. In: <http://quecazzo.blogspot.com.br/2009/11/novas-tecnologias-reprodutivas.html> [acesso em 15/11/2009].
- _____. Nanobiotecnologia: saúde e percepção de risco na sociedade do conhecimento.
- FIRESTONE, Shulamith. A dialética do sexo: Um estudo da revolução feminista: Rio de Janeiro: Labor do Brasil, 1976.
- FOUCAULT, Michel. Ética, Política e Sexualidade. Ditos e Escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- _____. Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento. Ditos e Escritos II. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- _____. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- _____. História da sexualidade: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- _____. História da sexualidade, 3: O cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- _____. A ordem do discurso. São Paulo: Loyola, 1996.
- _____. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- _____. A Arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.
- FRASER, Nancy. Pour une politique féministe à l'âge de la reconnaissance: approche bi-dimensionnelle et justice entre les sexes.

- FRANKLIN S. Embodied progress: A cultural account of assisted conception. London: Routledge, 1997.
- FRANKLIN, S. & RAGONÉ, H. (orgs). Reproducing Reproduction: kinship, power and technological Innovation. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press, 1998.
- FRANKLIN, Sarah. Making Miracles: Scientific Progress and the Facts of life. In: FRANKLIN, S. & RAGONÉ, H. (orgs). Reproducing Reproduction: kinship, power and technological Innovation. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press, 1998.
- FRIEDAN, Betty. Mística Feminina. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1971.
- GARRAFA. V.; CORDÓN, J. (Orgs.) Pesquisa em Bioética no Brasil de Hoje. São Paulo: Gaia 2006.
- GILL, R. Análise de Discurso. In: Bauer, MW, Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 3a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002. p.244-70.
- GROSSI, M., PORTO, R., TAMANINI, M. (orgs.). Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios. Brasília: Letras Livres, 2003.
- HARAWAY, D. Um manifesto para Cyborgs: ciência, tecnologia e feminismo socialista na década de 80. In: HOLANDA, H. B. (org.). Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
- HARTSOCK, Nancy. Foucault on power: a theory for women? In: Linda Nicholson (ed.) Feminism/Postmodernism. Nova York e Londres:Routledge, 1990.
- HIRATA, H. [et al] (org.). Dicionário Crítico do Feminismo. São Paulo: UNESP, 2009.
- IPEA/ Relatório ODM 2010
- KEHL, M. R. Deslocamentos do Feminino. Rio de Janeiro: IMAGO, 2008.
- LABORIE, F. Tecnologias da Reprodução humana. In:HIRATA, H. [et al] (org.). Dicionário Crítico do Feminismo. São Paulo: UNESP, 2009.
- LACLAU, E. & MOUFFE, C. Hegemonía y estratégia socialista. Hacia una radicalización de la democracia. Argentina, FCE, 1985.

- LACLAU, E. Desconstrucción, pragmatismo, hegemonía. In: MOUFFE, C. Desconstrucción y pragmatismo. Buenos Aires, Paidós, 1998.
- LAND, J. A; EVERS, J. L. II. Risks and Complications in assisted reproduction techniques: Report of na ESHRE consensus meeting. Human Reproduction. Vol. 18,Nº 2, pp. 455-457, 2003
- LAQUEUR, T. Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- LEVI-STRAUSS, Claude. Mito e significado. Lisboa, Eds. 70, pp. 11-23/51-64
- LUNA, Florência. Assisted Reproductive technology in Latin America: some ethical and sociocultural issues. In: Current practices and controversies in assisted reproduction. Geneva, World Health Organization, 2002.
- LUNA, Naara. Provetas e Clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas. Rio de janeiro: Fiocruz, 2007.
- _____. Novela e Biotecnologia: os pais de "O Clone" segundo mulheres em tratamento de fertilidade. In: GROSSI, M., PORTO, R., TAMANINI, M. (orgs.). Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios. Brasília: Letras Livres, 2003.
- _____. As novas tecnologias reprodutivas e o Estatuto do Embrião: um discurso do magistério da Igreja Católica sobre a natureza. *Antropológicas*, ano 6, volume 13(1):57-74(2002).
- LYKKE, Nina. Corps-cyborg et bioéthique féministe: le cas de "junior". In: PINSART, Marie- Geneviève. Genre e bioéthique. Paris: VRIN, 2003.
- MACHADO, Lia Zanota. Perspectivas em confronto: Relações de Gênero ou Patriarcado Contemporâneo?
- MACHADO, Roberto. Nietzsche e a verdade. Rio de janeiro, Rocco: 1884.
- MACHADO, Roberto. O nascimento do trágico: De Schiller a Nietzsche. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.
- MAUSS, Marcel; HUBERT, Henri. Sobre o sacrifício. São Paulo: Cosac Naify, 2005.
- MENDONÇA, Daniel. de A noção de antagonismo na ciência política contemporânea: uma análise a partir da perspectiva da teoria do discurso. *Ver. Sociol. Polít.*, Curitiba, 20, p. 135-145, jun. 2003.

- MENDONÇA, Daniel de; RODRIGUES, Léo Peixoto. (Orgs.). Pós-estruturalismo e Teoria do Discurso: em torno de Ernesto Laclau. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.
- MENEGON, Vera S. M., SPINK, Mary Jane P. Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: Problematizando a comunicação sobre riscos In: FERREIRA, V., ÁVILA, M. B., PORTELLA, A.P.(Orgs) Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas. Recife, SOS CORPO – Instituto Feminista para Democracia, 2006.
- MOLINIER, P. WELSER-LANG, Daniel. Feminilidade, masculinidade, virilidade. In: HIRATA, H. (org.). Dicionário Crítico do Feminismo. São Paulo: UNESP, 2009.
- NASCIMENTO, Pedro F. G. Reprodução, Desigualdade e políticas públicas de Saúde: Uma etnografia da construção do desejo de ter filho. 2009. 213f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- NOVAES, S. LABORIE, F. Parents et médecins face à l’embryon : relations de pouvoir et décision, in Feuillet – Le Mintier, Brigitte (Dir). L’Embryon humain. Approche multidisciplinaire, Paris, Economica, 1996, p. 185-202.
- O’KEEF, Marcia. IVF and Cancer: A personal experience. Reproductive and Genetic Engineering: Journal of International Feminist Analysis. 1992, vol.5
- OLIVEIRA, Fatima. Clonagem e manipulação genética humana: mitos, realidade, perspectivas e delírios. O “estado da arte” da reprodução humana assistida em 2002. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, 2002.
- OLIVEIRA, Fátima. Expectativas, falências e poderes da medicina da procriação: gênero, racismo e bioética. In: SCAVONE, L. (org.) Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência. SP, EDUSP, 1996.
- OLIVEIRA, A.A.S. et al “Perspectivas epistemológicas da bioética brasileira a partir da teoria de Thomas Kuhn”.In: GARRAFA, V. e CORDÓN, J. (Orgs.) Pesquisas em Bioética no Brasil de hoje. São Paulo: Gaia, 2006, p.30).
- OMS. Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Geneva: OMS, 2002.
- OMS. Glossário revisado da Terminologia das Técnicas de Reprodução Glossário revisado da Terminologia das Técnicas de Reprodução Assistida, 2009.

- PERRONE-MOISÉS, L. Pós- estruturalismo e Desconstrução nas Américas. In: Do positivismo à desconstrução. SP, EDUSP, 2004.
- PIMENTEL NETO, José G. Polo médico do Recife e a Globalização: A singularidade da localidade e os efeitos da pós-modernidade. <http://www.ufpe.br/revistageografia/index.php/revista/article/viewFile/69/29> [acesso em 28/06/2012].
- PORTELLA, Ana Paula. Novas e velhas questões sobre corpo, sexualidade e reprodução. In: ÁVILA, Betânia (Org.) Textos e imagens do feminismo: mulheres construindo a igualdade. Recife: SOS CORPO, 2001.
- RAMÍREZ-GALVEZ, Marta Celia. A fertilização tecnológica de nossos corpos. In: ÁVILA, M. B; FERREIRA, V.; PORTELLA, A. P. (Org.) Feminismo e novas tecnologias reprodutivas. Recife: SOS CORPO – Instituto feminista para Democracia, 2006.
- REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Dossiê Reprodução Humana Assistida. 2002. [<http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EAs/Dossi%EA%20Reprodu%E7%E3o%20Humana%20Assistida.pdf>] Acesso em 07/02/2009
- REDE FEMINISTA DE SAÚDE. . Bioética e Mulheres. Dossiê. Belo Horizonte, [??], 31p. [<http://www.redesaude.org.br>]. Acesso em 07/02/2009.
- REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Dossiê Assimetrias Raciais no Brasil: alerta para a elaboração de políticas. Rede Saúde, 2003. [<http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EAs/Dossi%EA%20Assimetrias%20Raciais%20no%20Brasil.pdf>] Acesso em 27/11/2008.
- REIS, A. R. G. dos. Esquerdos da procriação. http://www.glefas.org/glefas/files/biblio/os_esquerdos_da_procria%C3%A7%C3%A3o_ana_reis.pdf [acesso em 22/05/2011].
- REIS, A.R.G dos. O Ethos em tempos de Bioética: O Site como Tropo. In: FERREIRA, V., ÁVILA, M. B. e PORTELLA, A P.(Orgs.) Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas. Recife: SOS CORPO—Instituto Feminista para a Democracia, 2006.
- REIS, A.R.G dos. Engenharia da vida: elementos para uma reflexão sobre o biopoder e controle social. In: ROTANIA, A. e WERNECK, J. (Orgs.) Sob o Signo das Bios: Vozes Críticas da Sociedade Civil. Vol. 1. Rio de Janeiro: E-papers, 2004.
- REIS, A. R. G dos. As cédula\$ - T@onco e os corpos das mulheres. In: BEZERRA, S. PORTELLA, A. P. (orgs.) Biopoder e Tecnologias Reprodutivas: Uma análise crítica feminista. Recife: SOS Corpo - Instituto Feminista para a Democracia, 2009.

- RICHARDSON, R. J. Pesquisa social. Métodos e Técnicas. São Paulo, ATLAS, 1999.
- ROHDEN, Fabíola. Uma ciência da diferença: Sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.
- ROHDEN, Fabíola. A arte de enganar a natureza: Contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- ROSE, N. The Politics of Life Itself. Biomedicine, power, and Subjectivity in the Twenty-First Century. New Jersey, Princeton University Press, 2007.
- ROTANIA, A. A celebração do temor. Biotecnologias, Reprodução, Ética e Feminismo. Rio de Janeiro, E-papers, 2001.
- SAFFIOTI, Heleieth I. B. Gênero, patriarcado e violência. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.
- SARDÁ, A. Lesbianidad, maternidad y nuevas tecnologías reproductivas. In: FERREIRA, V.; ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P.; (Orgs.) Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas. Recife: SOS CORPO, 2006.
- SARTI, Cynthia. Corpo, Violência e Saúde: a produção da vítima. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana. ISSN 1984 -6487/ n. 1 - 2009 - pp. 89-103
- SCAVONE, Lucila (org.). Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência. SP, EDUSP, 1996.
- SCHRAMM, Fermín Roland. Bioética sem universalidade? Justificação de uma bioética latino-americana e caribenha de proteção".In: GARRAFA, V., KOTTOW, M. e SAADA, A., Bases Conceituais da Bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia, 2006.
- SEROUR, Gamal I. Attitudes and cultural perspectives on infertility and its alleviation in the Middle East Area. In: Current practices and controversies in assisted reproduction. Geneva, World Health Organization, 2002.
- SILVA, S. M. R. D. Consentir incertezas: o consentimento informado e a (des)regulação das tecnologias de reprodução assistida. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3):525-534, mar, 2008.
- SBRH, SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO HUMANA. Tratado de Reprodução Assistida. São Paulo: Segmento Farma, 2010.
- STOLCKE, V. Velhos valores, Novas Tecnologias : quem é o pai?. Anuário Antropológico, 86, Brasília: Universidade de Brasília, Tempo Brasileiro, 1988. pp. 93-114.

- STRATHERN, Marilyn. Entre uma melasianista e uma feminista. *Cadernos Pagu* (8/9) 1997: pp. 7-49.
- TAMANINI, Marlene. Do sexo cronometrado ao casal infértil. In: *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*. In: GROSSI, M., PORTO, R., TAMANINI, M. (orgs.). Brasília: Letras Livres, 2003. (123-136).
- THOMAS, A. L. O que é uma mulher?: um debate. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1991.
- THOMPSON, Charis. *Making Parents: The ontological Choreography of Reproductive Technologies*. London: MIT Press, 2005.
- TRINDADE, Zeidi Araujo; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. Triste e Incompleta: Uma Visão Feminina da Mulher Infértil. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 13, n. 2, 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Sept. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642002000200010>.
- TUBERT, S. *Mulheres sem sombra. Maternidade e Novas Tecnologias Reprodutivas*, 1ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1996.
- VELÉZ, A. C. G. Las Nuevas tecnologías reproductivas y los viejos dilemas de los derechos sexuales y reproductivos: una mirada desde la bioética. In: FERREIRA, V.; ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P.; (Orgs.) *Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas*. Recife: SOS CORPO, 2006.
- WASELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da violência 2012: Os novos padrões de violência homicida no Brasil*. Instituto Sangari. São Paulo, 2011.
- WOOLF, Virgínia. *Contos Completos*. 2 ed. São Paulo: CosacNaify, 2005, p.14.
- ZATZ, Mayana. *Genética: escolhas que nossos avós não faziam*. São Paulo: Globo, 2011.

APÊNDICES

Apêndice I – TCLE Mulheres

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Sheila Bezerra, faço doutorado no Programa de Pós-Graduação em Sociologia - PPGS/UFPE e realizo uma pesquisa intitulada: CORPOS FEMININOS ENTRE A NATUREZA E A CULTURA: UMA ANÁLISE DAS ARTICULAÇÕES DISCURSIVAS RELATIVAS À REPRODUÇÃO MEDICALIZADA NO CONTEXTO DA “PRODUÇÃO” DE CORPOS “NATURALMENTE” REPRODUTORES.

De forma geral, esta pesquisa tem por objetivo analisar como a questão da reprodução e da feminilidade podem ser explicadas através do recurso à Fertilização *in Vitro* – FIV. Esta técnica tem contribuído para o processo reprodutivo das mulheres mediante a medicalização dos seus corpos e envolve uma série de questões sociais, culturais e econômicas que são importantes para esta pesquisa. Dessa forma analisarei tanto documentos, quanto entrevistas de mulheres que, como você, buscaram a FIV para engravidar. A sua colaboração é muito importante e consiste em responder a perguntas que farei sobre seu perfil sociocultural, sobre sua experiência com o processo de FIV (motivações e dificuldades), sobre suas relações com familiares e os serviços de reprodução assistida e, ainda, com o desejo de ser mãe e sobre ser mulher. Esclareço que sua identidade será mantida em sigilo e que todas as informações prestadas serão utilizadas unicamente para os fins desta pesquisa. Sua participação não lhe causará prejuízo algum, e colaborará para uma melhor compreensão sobre as vivências e dificuldades das mulheres que buscam a FIV.

É importante esclarecer que sua entrevista será gravada, que sua participação é voluntária e que, caso queira, poderá interromper ou desistir desta entrevista a qualquer hora ou deixar de responder a quaisquer das questões que lhe forem feitas. Quaisquer dúvidas ou esclarecimentos posteriores poderão também ser sanados junto à responsável pela pesquisa no respectivo telefone: (85686419), através do endereço institucional: PPGS - Av. Acadêmico Hélio Ramos - s/n - 12º andar; Centro de filosofia e Ciência Humanas (CFCH) Cidade Universitária. Fone: 21268285, ou ainda a partir do comitê de ética em pesquisa do IMIP - (81) 21224756

Se você concorda em participar, agradeço muito a sua colaboração. É importante que você coloque sua assinatura a seguir, indicando que está devidamente informada sobre os objetivos da pesquisa e os usos dos seus resultados.

ENTREVISTADORA

ENTREVISTADO/A

Local:

Data:

Apêndice II – Roteiro de entrevistas

1) Perfil sócio-econômico

2) Experiência com a FIV

2.1. motivações

2.2. tentativas (histórico)

2.3. Impressões do serviço procedimento e serviços de FIV

2.4. Questões morais e éticas (acesso, legislação, etc.)

3) impressões físicas e psicológicas de si

3.1. Relação com o corpo

3.2. Relação com a maternidade

3.3. Relações familiares

ANEXOS

ANEXO 1 – Aprovação no CEP/IMIP

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 2276 - 11 intitulado "**Corpos femininos entre a natureza e a cultura: uma análise das articulações discursivas relativas à reprodução medicalizada no contexto da produção de corpos naturalmente reprodutores.**" apresentado pelo pesquisador (a) **Maria Sheila Bezerra da Silva** foi **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em 15 de junho de 2011

Recife, 15 de junho de 2011.


Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Lei. 9831 de 08/11/87
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Lei. 5013 de 14/05/84
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. 86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.897-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL - Isento
CNPJ: 10.988.310/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife - PE - Brasil - CEP: 50.070-550
PABX: (81) 2122.4100
Fax: (81) 2122.4722 Cx. Postal 1393
e-mail: imip@imip.org.br
www.imip.org.br

ANEXO 2 – Lista de checagem CEP/IMIP

Lista de checagem

ANÁLISE DE PROJETOS DE PESQUISA NO CEP - IMIP

Para aprovação do projeto no CEP-IMIP o mesmo deverá conter todos os itens abaixo:

- () Folha de rosto emitida pelo SISNEP, corretamente preenchida
www.saude.gov.br/sisnep/pesquisador
 - () assinatura do pesquisador responsável
 - () assinatura da chefia do setor / unidade onde será realizada a pesquisa
- () Projeto de pesquisa, em português, contendo (no mínimo):
 - () Título
 - () Lista de autores e suas respectivas instituições
 - () Introdução
 - () Justificativa
 - () Objetivos geral(is) e específicos
 - () Método
 - () Desenho do estudo
 - () Descrição do local do estudo
 - () Descrição e caracterização da amostra
 - () Critérios de inclusão e exclusão (elegibilidade)
 - () Procedimentos para coleta de dados
 - () Aspectos éticos
 - () Análise de riscos e benefícios para o sujeito da pesquisa
 - () Análise de riscos e benefícios para a comunidade
 - () Cronograma
(atentar para datas e prazos necessários para avaliação pelo CEP)
 - () Orçamento
(sempre informar custo total do projeto e fontes de patrocínio e/ou financiamento)
 - () Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou solicitação justificada de dispensa do TCLE, conforme o caso.
(atentar para resolução 196/96 do CNS)
 - () Bibliografia
 - () Instrumento de coleta de dados (questionário, formulário, etc)
- () Carta(s) de anuência do(s) centro(s) participante(s) (quando indicado)
- () Currículo sintético do pesquisador responsável

ANEXO 3 - TERMO BILATERAL DE CONSENTIMENTO/ESCLARECIMENTOS PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE FERTILIZAÇÃO IN VITRO E OUTROS

**TERMO BILATERAL DE CONSENTIMENTO/ESCLARECIMENTOS
PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE FERTILIZAÇÃO IN
VITRO E OUTROS PACTOS -**

Pelo presente instrumento a Sr. [REDACTED] R.G nº. [REDACTED]
3481 [REDACTED] /1971 e
Sr. V [REDACTED] PF sob o
nº 0 [REDACTED] nº. 51
Bair [REDACTED] contrata os **serviços de
Reprodução Humana Assistida, no Instituto de Medicina Professor
Fernando Figueira-IMIP, denominado CONTRATADO.**

1- DO OBJETO DO CONTRATO/OUTRAS DISPOSIÇÕES

A) Os contratantes apresentam dificuldades em gerar uma gravidez por métodos outros, motivo pelo qual solicitaram tratamento de infertilidade através da técnica de fertilização "In Vitro", serviço médico adequado à realização dos procedimentos aplicáveis à geração da prole.

B) Os serviços acima referidos deverão ser prestados com subsídios em exames clínicos e laboratoriais (exames de HIV1/II, sífilis, hepatite B e C, HTLV I/II e Chagas) tratamento ambulatorial e/ou hospitalar, administração de drogas para indução da ovulação e de anestésicos, procedimentos clínicos e cirúrgicos, tudo em conformidade com o diagnóstico clínico apresentado pela contratante e também com as necessidades a serem avaliadas pela contratada, a quem compete designar os profissionais de saúde que atenderão os contratantes.

C) Fica estabelecido que o **CONTRATADO não se responsabiliza** pelo **êxito** do tratamento aplicado aos contratantes, ou seja, não há garantias de que a paciente engravidará após o tratamento proposto, uma vez que a probabilidade de sucesso varia de 20% (vinte por cento) a 40% (quarenta por cento).

D) Os **CONTRATANTES** ficam cientes que o insucesso dos procedimentos da fertilização *in vitro* pode ser desencadeado por diversos fatores, dentre os quais, citam-se a seguir, os mais comuns:

- Insucesso no processo de estimulação ovariana.
- Ausência de óvulos após o ato da punção ovular
- Falha total da fertilização dos óvulos em laboratório (Fato que pode ocorrer em 10% dos casos geralmente associado à obtenção de gametas de baixa qualidade neste ciclo (óvulo ou espermatozóide).
- Falha no processo de implantação embrionária. (Processo que ocorre em 60% a 80% das vezes mesmo após a transferência de bons embriões para o útero).

E) Após consulta com a Equipe Médica, os **CONTRATANTES** passarão pelas seguintes fases do tratamento de fertilização:

PACTOS – PÁG. 1

**ANEXO 3: ANEXO TERMO BILATERAL DE
CONSENTIMENTO/ESCLARECIMENTOS PARA REALIZAÇÃO DO
PROCEDIMENTO DE FERTILIZAÇÃO IN VITRO E OUTROS PACTOS – PÁG. 2**

- Preparo da paciente através da administração de hormônios e ou drogas previamente descritas.
- Retirada dos óvulos da paciente por via ultrassonografica sob analgesia.
- Procedimento laboratorial da Fertilização "In Vitro".
- Manutenção dos óvulos, esperma e pré-embriões resultantes do tratamento até o tempo que, na opinião da equipe médica, for julgado conveniente para a transferência ao útero.
- Seleção pela equipe médica dos embriões a serem transferidos.

F) Dentro do contexto descrito no presente termo, fica pactuado que é de inteira responsabilidade da equipe médica, composta pelos profissionais abaixo subscritos, o controle clínico dos procedimentos e de eventuais intercorrências que possam surgir durante todas as etapas do processo, salvo caso fortuito/força maior.

G) Os **CONTRATANTES** entendem e aceitam todos os riscos inerentes ao tratamento de fertilização realizado, tais como:

- Hiper-estimulação ovariana - 1% a 10%.
- Riscos anestésicos - 1%.
- Riscos inerentes à punção folicular (sangramento e ou infecção - 1% a 2%).
- Torção ovariana - 0,5% a 1%.
- Tromboembolismo - 0,5 a 1%.

H) Ficam os **CONTRATANTES** sabendo que a chance de nascer uma criança normal é a mesma chance de uma criança concebida pelos métodos naturais e que o risco de malformação será inerente à idade da mulher e outras causas alheias à prestação dos serviços pelo **CONTRATADO**.

I) Fica estabelecido que qualquer óvulo ou pré-embriões produzidos não serão cedidos para qualquer outra pessoa estranha à presente relação contratual, exceto com consentimento expreso/por escrito dos **CONTRATANTES**.

2 - DO FORO

Fica, de comum acordo, eleito o foro da **Comarca de Recife-PE** para dirimir quaisquer dúvidas posteriores provenientes deste instrumento particular.

Por terem sido informados e estarem de acordo, firmam o presente:

**ANEXO 3: ANEXO TERMO BILATERAL DE
 CONSENTIMENTO/ESCLARECIMENTOS PARA REALIZAÇÃO DO
 PROCEDIMENTO DE FERTILIZAÇÃO IN VITRO E OUTROS PACTOS – PÁG. 3**

Recife, 18 de Janeiro de 2011

Sra. _____

Sr. _____ **junior**

Dr. (a) Anestesista _____

1- DO OBJETO DO CONTRATO/OUTROS PACTOS

Dr. (a) Médico _____

Dr. (a) Biomédico _____

Testemunha: _____

Cefica estabelecido que o **CONTRATADO** não se responsabiliza pelo êxito do tratamento aplicado aos contratantes, ou seja, não há garantias de que a paciente engravidará após o tratamento proposto, uma vez que a probabilidade de sucesso varia de 20% (vinte por cento) a 40% (quarenta por cento).

D) Os **CONTRATANTES** ficam cientes que o insucesso dos procedimentos de fertilização *in vitro* pode ser desencadeado por diversos fatores, dentre os quais, citam-se a seguir, os mais comuns:

- * Insucesso no processo de estimulação ovariana;
- * Ausência de óvulos após o ato de punção ovariana;
- * Falha total de fertilização dos óvulos em laboratório (Fato que pode ocorrer em 10% dos casos geralmente associado à obtenção de gametas de baixa qualidade neste ciclo (óvulo ou espermatozóide));
- * Falha no processo de implantação embrionária. (Processo que ocorre em 60% a 80% das vezes mesmo após a transferência de bons embriões para o útero).

E) Após consulta com a Equipe Médica, os **CONTRATANTES** passarão pelas seguintes fases do tratamento de fertilização:

**ANEXO 4: ATESTADO DE RESPONSABILIDADE SOBRE MEDICAMENTO RECEBIDO –
CETROTIDE/OVIDREL**


IMIP
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
Serviço de Reprodução Humana Assistida

Eu,  , recebi do Instituto de Medicina Integral professor Fernando Figueira (IMIP):

- 01 caixa de CETROTIDE - aplicar às 15H do dia 24/09/11, na região abdominal, subcutânea.
- 01 seringa de OVIDREL (250 mcg) aplicar na região abdominal (subcutânea) às 03horas do dia 25/09/11 (madrugada do sábado para o domingo)

A medicação está corretamente acondicionada em temperatura entre 2° a 8° para fins do tratamento de fertilização *in vitro*, onde deverei utilizar conforme prescrição médica supracitada. Manter a medicação refrigerada ente 2 e 8°C, segunda prateleira da geladeira, até o momento da aplicação. Retornar ao serviço nesta SEGUNDA-FEIRA (26/09/11) às 13:00H para punção ovariana

Recife, 23 de Setembro de 2011


(Assinatura da paciente)

ANEXO 5: ATESTADO DE RESPONSABILIDADE SOBRE MEDICAMENTO RECEBIDO – GONAL


IMIP

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
Serviço de Reprodução Humana Assistida

[Redacted] recebi do Instituto de Medicina Integral professor Fernando Figueira (IMIP):

- 01 caneta de GONAL 450 UI - Aplicar 225 UI (dose) em região subcutânea - abdominal às 14h dos dias: 17/09 e 18/09.

A medicação está corretamente acondicionada em temperatura entre 2° a 8° para fins do tratamento de fertilização *in vitro*, onde deverei utilizar conforme prescrição médica supracitada. Manter a medicação refrigerada ente 2 e 8°C, segunda prateleira da geladeira, até o momento da aplicação. Retornar ao serviço nesta SEGUNDA-FEIRA (19/09/11) às 13:00H para dar continuidade ao tratamento

Recife, 16 de Setembro de 2011

[Redacted Signature]

(Assinatura da paciente)

ANEXO 6 - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INDUÇÃO DA OVULAÇÃO NA FERTILIZAÇÃO IN VITRO – CLÍNICA PARTICULAR

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A INDUÇÃO DA OVULAÇÃO NA FERTILIZAÇÃO IN VITRO.

O objetivo da estimulação/indução da ovulação para realização de fertilização in vitro (bebê de proveta) é alcançar o desenvolvimento de um maior número de folículos possíveis e assegurar um desenvolvimento endometrial receptivo à implantação de embriões. Serão administradas injeções de gonadotrofinas, hormônio estimulador de alto custo financeiro, para permitir que mais de um folículo seja recrutado e amadureça. A dose da medicação varia para cada paciente.

A avaliação do crescimento dos folículos é feita através da ultrassonografia transvaginal.

Em alguns casos pode não haver resposta satisfatória sendo orientado a suspensão do procedimento.

Depois de ler e ouvir as explicações, ficamos satisfeitos e decidimos dar início ao processo de indução da ovulação.

Recife,

Assinatura da paciente

RG.:

Assinatura do esposo.

RG.:

RESIDÊNCIA

CONSULTÓRIO:

ANEXO 7 – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA FERTILIZAÇÃO IN VITRO – FIV-TE/ICSI – CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA



Prof. Weydson Barros Leal Dr. Cláudio Leal Ribeiro
Dr. Eduardo Moreira Biol. Maria Antonieta Leal

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA FERTILIZAÇÃO IN VITRO FIV-TE/ICSI.

A FERTILIZAÇÃO IN VITRO (FIV), MUITAS VEZES DENOMINADA DE "BEBÊ DE PROVETA", OCORRE QUANDO O ÓVULO É FECUNDADO PELO ESPERMATOZOÍDE, FORA DO CORPO, EM LABORATÓRIO, OU SEJA, **IN VITRO**. OS EMBRIÕES RESULTANTES DA FIV SÃO TRANSFERIDOS PARA O ÚTERO APROXIMADAMENTE 48-72 HORAS APÓS A CAPTAÇÃO DE ÓVULOS.

RESUMIDAMENTE ESTAS SÃO AS ETAPAS ENVOLVIDAS NA FIV-TE:

- 1) INDUÇÃO DA OVULAÇÃO, PARA ESTIMULAR DE FORMA CONTROLADA O CRESCIMENTO DOS FOLÍCULOS E AMADURECIMENTO DOS ÓVULOS;
- 2) MONITORIZAÇÃO DO CRESCIMENTO FOLICULAR COM ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL;
- 3) COLETA DE ÓVULOS POR PUNÇÃO VAGINAL ORIENTADA PELA ULTRA-SONOGRAFIA (MEDIANTE ANALGESIA, TEMPO MÉDIO 05 – 15 MINUTOS);
- 4) COLETA DO SÊMEN E CAPACITAÇÃO ESPERMÁTICA, NO MESMO DIA DA COLETA OVULAR;
- 5) INSEMINAÇÃO IN VITRO: IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS ÓVULOS COM POSTERIOR INSEMINAÇÃO COM O SÊMEN CAPACITADO;
- 6) TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÕES PARA O ÚTERO MATERNO, ATRAVÉS DE CÂNULA ESPECÍFICA, GERALMENTE 2-3 DIAS APÓS A FERTILIZAÇÃO.

A TAXA MÉDIA DE SUCESSO NO PROCEDIMENTO É DE 30% (VARIANDO COM A FAIXA ETÁRIA), COM CERCA DE 0,8% DE CHANCE PARA GRAVIDEZ ECTÓPICA (GRAVIDEZ NAS TROMPAS).

COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS DO PROCEDIMENTO:

- 1) REAÇÕES ADVERSAS AS DROGAS UTILIZADAS NA ESTIMULAÇÃO OVARIANA COMO: EDEMA DOS MEMBROS INFERIORES; DISTENSÃO E DOR ABDOMINAL; NÁUSEAS; VÔMITOS. TODOS REVERSÍVEIS.
- 2) A SÍNDROME DE HIPERESTÍMULO OVARIANO, COM UMA INCIDÊNCIA DE 05 A 08%, CARACTERIZADA PELO AUMENTO DO VOLUME OVARIANO E ABDOMINAL. CASOS MAIS GRAVES OCORREM EM CERCA DE 01% (UM) COM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO, DOR ABDOMINAL E ASCITE (PRESENÇA DE LÍQUIDO NA CAVIDADE ABDOMINAL), PODENDO SER NECESSÁRIO O INTERNAMENTO HOSPITALAR. TODOS OS SINTOMAS SÃO REVERSÍVEIS;
- 3) SUSPENSÃO DO PROCEDIMENTO DEVIDO A MÁ RESPOSTA OVARIANA AO ESTÍMULO;
- 4) RISCO DE GESTAÇÃO MÚLTIPLA DE 1:20;
- 5) DOR ABDOMINAL PÓS-PUNÇÃO;
- 6) RISCO DE INFECÇÃO PÉLVICA DE 01% (UM) PÓS-PUNÇÃO;

APÓS TERMOS RECEBIDO ESCLARECIMENTOS SUFICIENTES SOBRE O PROCESSO DE FERTILIZAÇÃO ASSISTIDA AUTORIZA A EQUIPE DO DESTE CENTRO A REALIZAR OS PROCEDIMENTOS MAIS ADEQUADOS PARA O NOSSO CASO.

RECIFE, _____ DE _____ DE _____

NOME DA ESPOSA _____

ASSINATURA _____

NOME DO ESPOSO _____

ASSINATURA _____

ANEXO 8 – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÕES - IMIP


IMIP Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
 Serviço de Reprodução Humana Assistida

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÕES.

Pelo presente instrumento a Sr^a [REDACTED] 724638
 SDP-PE inscrita no CPF nº [REDACTED] e Sr.
 [REDACTED] R.G nº. 5 [REDACTED] 27 758
 [REDACTED] Data de nascimento: [REDACTED] nº 176
 Bairro: São Sebastião – Surubim /PE, CEP 55750-000, recebemos explicações quanto ao estágio de desenvolvimento de todos os óvulos e embriões resultantes do tratamento, sendo o mesmo aplicado de acordo com a lista abaixo discriminada.

Devendo-se ressaltar, que fomos esclarecidos sobre o percentual de sucesso com estes embriões, como também o percentual de gestação múltipla.

ÓVULOS COLETADOS:8
 ÓVULOS MADUROS:5
 ÓVULOS CONGELADOS: 00
 EMBRIÕES FERTILIZADOS NORMALMENTE:5
 EMBRIÕES ELEITOS PARA TRANSFERÊNCIA:3
 CLASSIFICAÇÃO DOS EMBRIÕES ELEITOS PARA TRANSFERÊNCIA:12B/MO/MO
 EMBRIÕES EM EVOLUÇÃO: 00
 EMBRIÕES ELEITOS PARA CONGELAMENTO:00

Baseados nas informações acima, eu e meu esposo estamos plenamente de acordo com os resultados obtidos e com o número de embriões a serem transferidos.

Recife, [REDACTED] de [REDACTED] de 2011.

Assinaturas:

[REDACTED]

 Ass. Médico (a)

 Ass. Biomédico (a)

Testemunha: _____

ANEXO 9 – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE RISCO DE INSUCESSO DA FIV**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE RISCO DE INSUCESSO
DA FERTILIZAÇÃO *IN VITRO***

Declaro para os devidos fins que no dia ____/____/____
fui **DEVIDAMENTE INFORMADA** pelo SERVIÇO DE REPRODUÇÃO
HUMANA ASSISTIDA DO INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL
PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA – **IMIP**, através da pessoa do
Dr.^(o) _____, especialista em
_____, inscrito no CRM sob o
n.º _____ sobre a **POSSIBILIDADE DE HAVER
MODIFICAÇÃO DO PADRÃO OVARIANO, ACARRETANDO
INVIABILIDADE DO TRATAMENTO** em virtude do lapso temporal
existente entre a avaliação da reserva ovariana e o efetivo tratamento
de fertilização *in vitro*, não podendo reclamar em juízo ou fora dele
na hipótese de não ser alcançado o resultado de fertilização
esperado. Caso o tratamento seja viável serão oferecidas duas
tentativas de Reprodução Assistida por casal.

Sra. <Assinatura Paciente/>

Dr.^(o) <Assinatura Médico/>

Testemunha:

ANEXO 10 - GLOSSÁRIO REVISADO DA TERMINOLOGIA DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO - ASSISTIDA (TRA), 2009†, COMITÊ INTERNACIONAL PARA MONITORIZAÇÃO DA TECNOLOGIA REPRODUTIVA ASSISTIDA (ICMART) E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)¹³⁰.

Abortamento espontâneo (miscarriage)- perda espontânea de gestação clínica antes da 20ª semana completa (18 semanas pós-fertilização) ou, se a idade gestacional não é conhecida, a perda de embrião/feto com menos que 400g.

Abortamento espontâneo recorrente (miscarriage)- perda espontânea de duas ou mais gestações clínicas.

Abortamento induzido- o término de uma gravidez clínica, por interferência deliberada antes de 20 semanas completas de idade gestacional (18 semanas pós-fertilização) ou, se a idade gestacional é desconhecida, de um embrião/feto de menos de 400g.

Aborto retido- aborto clínico quando o embrião(ões) ou feto(s) não-viável(eis) não é /são expelido(s) espontaneamente do útero.

Anomalias congênitas- todas as anomalias estruturais, funcionais e genéticas, diagnosticadas nos fetos abortados, ao nascimento ou no período neonatal.

Assisted hatching - procedimento in vitro no qual a zona pelúcida (ZP) de um embrião é perfurada por método químico, mecânico ou por laser, para facilitar a extrusão do blastocisto.

Baixo peso ao nascer- peso ao nascer abaixo de 2500g.

Baixo peso acentuado ao nascer- peso ao nascer abaixo de 1500g.

Baixo peso extremo- recém-nato com menos de 1000g.

Blastocisto- um embrião, cinco ou seis dias pós-fertilização, com a massa interna, uma camada externa de trofotoderma e a blastocele e cavidade cheia de fluido.

Carreadora gestacional, Mãe-substituta ou Receptora da Gravidez (Surrogate) - mulher que carrega a gestação com a anuência de que dará o produto para o responsável(eis) contratante(s). Os gametas podem ser originários do(s) contratante(s) e/ou de terceira(s) pessoa(s).

¹³⁰ Traduzido e Publicado pela Red Latinoamericana de Reproducción Asistida em 2010 [ttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_por.pdf]

Ciclo cancelado- ciclo de TRA no qual a estimulação ou a monitorização ovariana foram realizadas com a intenção do tratamento, mas não se procedeu à aspiração folicular ou, no caso de embriões descongelados, à transferência de embriões.

Ciclo de doação de oócitos- ciclo no qual oócitos são coletados de uma doadora para aplicação clínica ou pesquisa.

Ciclo de oócito congelado/descongelado- procedimento de TRA no qual a monitorização do ciclo é realizada com a intenção de fertilizar oócitos descongelados e realizar transferência embrionária.

Ciclo de recepção de embriões- ciclo de TRA no qual a mulher recebe zigoto(s) ou embrião(ões) de doadora(s).

Ciclo de recepção de espermatozóides- ciclo de TRA no qual a mulher recebe espermatozóides de um doador que não é o seu parceiro.

Ciclo de recepção de oócitos- ciclo de TRA no qual a mulher recebe oócitos de doadora.

Ciclo de transferência de embriões- ciclo de TRA no qual um ou mais embriões são transferidos para o útero ou tuba de Falópio.

Ciclo de transferência de embriões congelados/descongelados- procedimento de TRA no qual a monitorização do ciclo é realizada com a intenção de transferir um ou mais embrião(ões) congelado(s)/descongelado(s).

Ciclo iniciado- ciclo de TRA no qual a mulher recebe medicações específicas para estimulação ovariana, ou monitorização no caso de ciclos naturais, com a intenção de tratar, independentemente se a aspiração será realizada ou não.

Ciclo natural modificado- procedimento de FIV no qual um ou mais oócitos são coletados dos ovários durante ciclo espontâneo. Medicações podem ser usadas apenas com o propósito de bloquear o pico endógeno do LH e/ou induzir a maturação oocitária final.

Cirurgia reprodutiva- procedimentos cirúrgicos realizados para diagnosticar, corrigir e/ou melhorar a função reprodutiva.

Criopreservação- congelamento ou vitrificação e estocagem de gametas, zigotos, embriões ou tecido gonadal.

Doação de embriões- é a transferência de um ou mais embriões, resultantes de gametas (espermatozóides e oócitos), que não são originários da receptora ou de seu marido/parceiro.

Embrião- produto da divisão do zigoto ao fim do estágio embrionário, 8 dias após a fertilização. (Esta definição não inclui tanto produtos derivados de partenogênese quanto produtos da transferência de células somáticas nucleares).

Estimulação ovariana controlada para TRA- tratamento farmacológico no qual mulheres são estimuladas para induzir o desenvolvimento de múltiplos folículos ovarianos, para obter múltiplos oócitos na aspiração folicular.

Estimulação ovariana controlada para ciclos sem TRA- tratamento farmacológico para mulheres, cujos ovários são estimulados para ovular mais de um oócito.

Fertilização- a penetração do óvulo pelo espermatozóide e a combinação do material genético, resultando na formação de um zigoto.

Feto- o produto da fertilização desde o desenvolvimento embrionário com 8 semanas completas após a fertilização até o abortamento ou nascimento.

FIV (fertilização in vitro) - procedimento de TRA que envolve fertilização extra-corpórea.

FIV com ciclo natural- procedimento de FIV onde um ou mais oócitos são coletados dos ovários durante ciclo espontâneo, sem qualquer intervenção hormonal.

FIV com estimulação leve (mild ovarian stimulation) - procedimento no qual os ovários são estimulados com gonadotrofinas e/ou outros compostos, com o propósito de se limitar o número de oócitos obtidos a menos de 7.

GIFT (Gamete intrafallopian transfer)- procedimento de TRA no qual ambos os gametas (oócitos e espermatozoides) são transferidos para as tubas uterinas.

Gravidez bioquímica (abortamento espontâneo pré-clínico, miscarriage)- gravidez diagnosticada somente pela detecção do HCG no soro ou urina e que não se desenvolve para uma gravidez clínica.

Gravidez clínica- gravidez diagnosticada por visualização ultra-sonográfica de um ou mais sacos gestacionais ou sinais clínicos definitivos de gravidez. Inclui a prenhez ectópica.
Nota: sacos gestacionais múltiplos são contados como uma gestação clínica.

Gravidez clínica com batimento cardíaco fetal- gravidez diagnosticada por visualização ultra-sonográfica ou documentação clínica de pelo menos um feto com batimento cardíaco. Inclui a prenhez ectópica.

Gravidez ectópica- gestação em que a implantação ocorreu fora da cavidade uterina.

Gravidez múltipla/nascimento- gestação/parto com mais de um feto/neonato.

Hatching (extrusão)- processo pelo qual o embrião no estágio de blastocisto se separa da zona pelúcida.

ICSI (injeção intracitoplasmática de espermatozoides)- procedimento no qual um único espermatozóide é injetado no citoplasma do oócito.

Idade gestacional- idade do embrião ou feto, calculada adicionando-se 2 semanas (14 dias) ao número de semanas completas desde a fertilização. Nota: para transferências de embriões congelados/descongelados, a data estimada da fertilização é computada subtraindo-se a idade do embrião no congelamento da data da transferência do ciclo de transferência de embriões congelados/descongelados.

Implantação- a adesão e posterior invasão pelo blastocisto livre da zona pelúcida, (geralmente no endométrio), que se inicia 5-7 dias pós-fertilização.

Indução da ovulação(IO)- tratamento farmacológico de mulheres com anovulação ou oligo-ovulação com a intenção de induzir ciclos ovulatórios normais.

Infertilidade (definição clínica)- doença do sistema reprodutivo definida pela falha de se obter gravidez clínica após 12 meses ou mais de coito regular desprotegido.

MESA (Microsurgical epidydimal sperm aspiration)- procedimento no qual espermatozóides são obtidos do epidídimo, através de aspiração.

MESE (Microsurgical epidydimal sperm extraction)- procedimento no qual espermatozóides são obtidos do epidídimo, através de excisão cirúrgica.

Micromanipulação- tecnologia que permite procedimentos micro-operatórios realizados em espermatozóides, oócitos, zigotos ou embriões.

MicroTESE (Microsurgical testicular sperm extraction)- procedimento no qual espermatozóides são obtidos do testículo, através de excisão cirúrgica.

Mortalidade perinatal- morte fetal ou neonatal ocorrendo durante gestação tardia (às 20 semanas completas ou após), durante o nascimento ou até 7 dias completos após.

Múltiplos- gravidez ou parto com três ou mais fetos ou neonatos.

Nascido vivo- a completa expulsão ou extração da mãe, de um produto de fertilização, independentemente da duração da gravidez, o qual, após tal separação, respira ou exhibe qualquer sinal de vida como batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou movimentos musculares voluntários definidos, independentemente se o cordão umbilical tenha sido cortado ou se a placenta esteja anexada.

Neomorto (Óbito neonatal)- morte de bebê nascido vivo, ocorrida até 28 dias do nascimento.

Nascimento pré-termo extremo- nascido vivo ou natimorto após pelo menos 20 semanas, mas menos do que 28 semanas completas de idade gestacional.

Nascimento a termo- nascido vivo ou óbito fetal (natimorto), que ocorre entre 37 e 42 semanas completas de idade gestacional.

Natimorto (Óbito fetal)- morte antes da completa expulsão ou extração da mãe, de um produto de fertilização, no curso ou após completadas 20 semanas de gravidez. O óbito é indicado pelo fato de que, após esta separação, o feto não respira ou exibe qualquer sinal de vida como batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou movimentos musculares voluntários definidos.

Neomorto- morte de bebê nascido vivo, ocorrida até 7 dias do nascimento.

Parto- a expulsão ou extração de um ou mais fetos da mãe após 20 semanas completas de idade gestacional.

Pequeno para a idade gestacional- peso ao nascer menor que 2 desvios padrão abaixo da média ou abaixo do percentil 10, de acordo com os gráficos locais de crescimento intrauterino.

Período neonatal- intervalo de tempo que se inicia no nascimento e termina com 28 dias completos do nascimento.

PESA (Percutaneous Epididymal Sperm Aspiration)- aspiração percutânea de espermatozóides do epidídimo.

PGD (Preimplantation genetic diagnosis)- análise de corpúsculos polares, blastômeros ou trofotoderma de oócitos, zigotos ou embriões para detecção de alterações genéticas cromossômicas específicas, alterações cromossômicas estruturais e/ou outras.

PGS (Preimplantation genetic screening)- análises de corpúsculos polares, blastômeros ou trofotoderma de oócitos, zigotos ou embriões para detecção de aneuploidias, mutações e/ou rearranjo de DNA.

Pré-termo- nascido vivo ou natimorto após ao menos 20 semanas de gravidez, mas com menos de 37 semanas completas.

Pré-termo acentuado- nascido vivo ou natimorto após ao menos 20 semanas de gravidez, mas com menos de 32 semanas completas.

Pós-termo (serotínico)- nascido vivo ou natimorto após 42 semanas completas de idade gestacional.

Redução embrionária/fetal- procedimento para reduzir o número de embriões viáveis ou fetos numa gestação múltipla.

Reprodução medicamente assistida- reprodução obtida por meio da indução da ovulação, estimulação ovariana controlada, desencadeamento da ovulação, procedimentos de TRA, inseminação intrauterina, intracervical e intravaginal com sêmen do marido/parceiro ou doador.

Saco gestacional- estrutura de conteúdo líquido, associada a gestação precoce, que pode estar localizada dentro ou fora do útero (no caso de prenhez ectópica).

Síndrome de hiperestímulo ovariano (SHO)- resposta sistêmica exagerada à estimulação ovariana, caracterizada por amplo espectro de manifestações clínicas e laboratoriais. É classificada em leve, moderada e acentuada de acordo com o grau de distensão abdominal, aumento ovariano e complicações respiratórias, hemodinâmicas e metabólicas.

SHO severa- definida quando a hospitalização é indicada (ver definição de SHO).

Taxa de gravidez clínica- número de gestações clínicas expresso por 100 ciclos iniciados, ciclos aspirados ou ciclos com transferência de embriões. Nota: quando taxas de gravidez clínica são dadas, o denominador (ciclos iniciados, aspirados ou com transferência de embriões) deve ser especificado.

Taxa de implantação- é o número de sacos gestacionais observados, dividido pelo número de embriões transferidos.

Taxa de nascidos vivos- número de partos que resultaram em pelo menos um nascido vivo, expresso por 100 ciclos iniciados, ciclos aspirados ou por ciclos de transferência embrionária. Quando enunciado, o denominador (ciclos iniciados, ciclos aspirados ou por ciclos de transferência embrionária) deve sempre ser especificado.

Taxa de parto- número de deliveries por 100 ciclos iniciados, aspirados ou de transferência embrionária. Quando informada, o denominador da equação deve sempre ser especificado (ciclos iniciados, aspirados ou de transferência embrionária). Inclui partos que resultaram em um ou mais nascidos vivos e/ou natimortos. *Nota: o parto único, gemelar ou múltiplo é registrado como um parto.*

Taxa de parto após tratamento com TRA por paciente- número de partos com pelo menos um nascido vivo por paciente após um número específico de tratamentos com TRA.

Taxa de parto cumulativa com ao menos um nascido vivo- número estimado de partos com ao menos um nascido vivo resultando de um ciclo de TRA iniciado ou aspirado, incluindo o ciclo quando foram transferidos embriões frescos e subsequentes ciclos de embriões congelados/descongelados. Esta taxa é utilizada quando o número de embriões frescos e/ou congelados/descongelados utilizados é menor que o total de embriões de um único ciclo. *Nota: o parto único, gemelar ou múltiplo é registrado como um parto.*

Taxa total de partos com ao menos um nascido vivo- número estimado de partos com ao menos um nascido vivo, resultando de um ciclo iniciado ou aspirado de TRA. Inclui todos os ciclos de TRA a fresco e todos os congelados/descongelados. Este índice é utilizado quando todos os embriões a fresco e/ou congelados/descongelados foram utilizados a partir de um ciclo de TRA. Nota: o parto de um bebê único, gêmeos ou múltiplos é registrado como um único evento.

Técnicas de Reprodução Assistida (TRA)- todos os tratamentos ou procedimentos que incluem a manipulação in vitro tanto dos oócitos humanos quanto dos espermatozoides, ou embriões, com o propósito de se estabelecer uma gravidez. Inclui, mas não está limitado a,

a fertilização in vitro com transferência de embriões, a transferência intratubária de gametas, a transferência intratubária de zigotos, a transferência intratubária de embriões, a criopreservação de gametas e embriões, a doação de oócitos e embriões e a cessão temporária de útero (surrogacy). TRA não inclui inseminação assistida (inseminação artificial) utilizando espermatozóides, sejam do parceiro da mulher ou de um doador.

TESA (Testicular sperm aspiration)- procedimento no qual espermatozóides são obtidos por aspiração testicular.

TESE (Testicular sperm extraction)- procedimento no qual espermatozóides são obtidos por excisão cirúrgica de tecido testicular.

Torsão ovariana- rotação completa ou parcial do pedículo vascular ovariano que causa obstrução do fluxo sanguíneo ovariano, potencialmente levando à necrose do tecido ovariano.

Transferência de embriões- procedimento no qual um ou mais embriões são colocados no útero ou tuba de Falópio.

Transferência eletiva de embriões- a transferência de um ou dois embriões, selecionados de uma coorte maior de embriões viáveis.

Vanishing sac(s) or embryo(s) (sacos ou embriões desaparecidos)- desaparecimento espontâneo de um ou mais sacos gestacionais ou embriões numa gestação em curso, documentados por ultra-sonografia.

Vitrificação- método de congelamento ultra-rápido, que previne a formação de gelo dentro da suspensão, que é convertida para um estado vítreo.

Zigoto- célula diplóide resultante da fertilização de um oócito por um espermatozóide, que subsequentemente se divide para formar um embrião.

ZIFT (zygote intrafallopian transfer)- procedimento em que zigoto(s) é/são transferido(s) para as tubas uterinas.

ANEXO 11 – LISTA DOS CENTROS DE RA, POR CIDADES BRASILEIRAS, QUE CONTRIBUÍRAM COM INFORMAÇÕES PARA O REGISTRO DA REDE. VALE SALIENTAR QUE NEM TODAS OS CENTROS DO PAÍS ESTÃO REGISTRADOS NA REDE E QUE A NÃO OBRIGATORIEDADE DE REGISTRO POR PARTE DO ESTADO DEMONSTRA UMA NÃO FIDEDIGNIDADE RELATIVA AO NÚMERO DE CENTROS ESPALHADOS E EM FUNCIONAMENTO NO BRASIL.

BRASIL	
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS	Clínica ORIGEN Clínica Pro-criar/Mater Dei Instituto de Saúde da Mulher
BRASILIA	Instituto Verhum - Video Endoscopia e Reprodução Humana GÊNESIS – Centro de Assistência em Reprodução Humana Ltda. Hospital Regional da ASA Sul
CAMPO GRANDE - MATO GROSSO	Fertility Centro de Fertilização Humana Assistida de Campo Grande(*)
CAMPINAS - SP	Centro de Reprodução Humana de Campinas Clínica Androfert
CUIABÁ - MATO GROSSO	Instituto Pérola de Reprodução Humana
CURITIBA – PARANÁ	ANDROLAB-Clinica y Laboratorio de Andrología Fertway Reprodução Humana FELICCITÁ- Instituto de Fertilidade
FLORIANÓPOLIS	CLINIFERT – Centro de Reprodução Humana
FORTALEZA – CEARÁ	BIOS - Centro de Medicina Reprodutiva FERTVIDA (anteriormente "CRIAR - Centro de Reproducao Humana") CONCEPTUS – Centro de Reprodução Humana do Ceará
GOIANIA - GOIÁS	CRAF – Centro de Reprodução Assistida Fêmea Maternidade Fértil Diagnósticos - Reprodução Humana
JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS	Pro-criar, Monte Sinai, Clínica de Reprodução Humana
LONDRINA - PARANÁ	CEDILON Serviços Médicos S.C. Ltda.
MARINGÁ	Materbaby - Reprodução Humana e Genética
PASSO FUNDO – RIO GRANDE DO	GÊNESIS – Clínica de Reprodução Humana

SUL	
PORTO ALEGRE	NÚCLEO DE REPRODUCAO HUMANA DO HOSPITAL MOINHOS DE VENTO - GERAR INSEMINE- Centro de Reproducción Humana FERTILITAT- Centro de Medicina Reproductiva Centro de Reproducción Humana Nilo Frantz Progest SEGIR- Servicio de Ecografía, Genética y reproducción humana
RECIFE – PERNAMBUCO	Clinica De Fertilidade GERAR (*) NASCER Medicina Reprodutiva
RIBEIRÃO PRETO – SP	Centro de Reprodução Humana Prof. Franco Junior Clinica Matrix Laboratório de Reprodução Humana, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
RIO DE JANEIRO – RJ	Centro de Medicina da Reprodução Ltda. Centro de Fertilidade Rede D´Or Clínica Origen Clinica Pró Nascer G&O Ginecología e Obstetricia da Barra HUNTINGTON – Centro de Medicina Reprodutiva
SALVADOR BAHÍA	Centro de Reprodução Humana, Endoscopia e Medicina Fetal
SANTOS-SP	Clinii Mater(*)
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – SP	Clínica REPROFERTY Embryolife-Instituto de Medicina Reprodutiva(*)
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	IMR - Centro Instituto de Medicina Reprodutiva e Fetal
SÃO PAULO – SP	Centro de Reproducao Humana FERTIVITRO Ltda Centro de Investigacao em Reproducao Humana CEERH-Centro especializado em Reproducao Humana FERTILITY- Centro de Fertilizacao Assistida FERTICLIN_ Clínica de Fertilidade Humana Chedid Grieco Medicina Reproductiva HUNTINGTONG- Centro de Medicina Reproductiva Servico de Reproducao Humana, Hospital e Maternidade Santa Joana
UBERLANDIA - MINAS GERAIS	FECUNDA - Instituto de Reprodução Humana(*)
VITÓRIA Jules White Medicina Reproductiva (anteriormente,	"HUNTINGTON – Centro de Medicina Reproductiva")(*)

ANEXO 12 – RELATÓRIO MUNDIAL COLABORATIVO – TRA – 2002

World Collaborative Report on Assisted Reproductive Technology, 2002

Table I

General data: distribution of procedures, year 2002

Country	Non-donation cycles								Oocyte donation	Overall number of cycles	
	Fresh cycles ¹					FET cycles ¹		PGD cycles	Transfer cycles	Estimation ³	Availability ⁴
	Initiated cycles ²	Aspiration cycles				Thaw cycles	Transfer cycles				Cycles/million
		Total (n)	Total	IVF	ICSI						
India	NA	7584	3779	3805	0	1125	742	735	0	15 525	15
Japan	23 323	22 202	11 188	10 975	41	5280	4931	0	0	71 895	564
South Korea	15 998	15 123	8593	8528	2	1989	1886	NA	288	28 493	590
Australia	NA	16 113	7300	8625	188	11 485	10 683	673	952	30 895	1588
New Zealand	NA	1703	849	854	0	817	748	0	107	2804	710
Belgium	NA	8892	3118	5776	NA	3009	2351	348	561	22 884	2222
Bulgaria	838	794	499	295	NA	28	28	0	16	1617	216
Croatia	2048	2015	1237	778	NA	573	497	0	0	2621	598
Cyprus	990	931	454	477	NA	42	36	0	0	1032	1290
Denmark	9630	9147	5684	3463	NA	1543	1300	0	123	11 296	2100
Finland	4369	4250	2579	1671	NA	3146	2746	44	0	7559	1456
France	53 789	48 779	21 557	25 222	NA	12 284	10 997	0	0	66 053	1098
Germany	68 984	62 129	24 146	37 983	NA	15 835	14 234	0	0	91 400	1109
Greece	5075	4840	2007	2833	NA	343	328	2	159	23 246	2179
Hungary	6518	6117	1945	4172	NA	257	230	7	28	6810	678
Iceland	NA	260	145	115	NA	75	72	0	16	378	1350
Ireland	1519	1383	845	538	NA	390	272	0	3	1912	488
Italy	15 358	13 247	5244	8003	NA	2431	2287	534	554	33 810	583
Macedonia	241	225	128	97	NA	0	0	0	0	241	117
Netherlands	14 767	13 269	8493	4776	NA	1468	1468	38	0	16 273	1008
Norway	3911	3782	2254	1528	NA	269	172	0	0	4180	919
Poland	3349	3259	851	2408	NA	901	782	0	51	4874	126
Portugal	2541	2296	892	1404	NA	391	333	12	6	4214	417
Russia	7375	7093	5233	1860	NA	640	590	71	556	9877	68

Slovenia	2170	2079	785	1314	NA	382	252	0	38	2590	1335
Spain	10 736	9497	2240	7257	NA	1805	1326	430	1732	75 557	1879
Sweden	8958	8316	4428	3888	NA	2063	1743	0	0	11 021	1241
Switzerland	3217	3018	900	2118	NA	2178	1976	0	0	5395	737
Ukraine	1484	1406	897	509	NA	26	26	0	179	2322	48
UK	27 673	26 083	14 601	11 482	NA	7083	6238	123	2008	36 887	614
Argentina	2892	2702	725	1971	6	292	292	0	391	4704	122
Brazil	7847	7393	1200	6193	0	875	875	0	960	12 218	67
Chile	808	681	270	393	18	150	150	0	78	1038	66
Colombia	569	550	224	324	2	48	48	0	184	1736	42
Ecuador	107	90	43	47	0	2	2	0	17	126	9
Guatemala	24	23	12	11	0	0	0	0	0	24	2
Mexico	1388	1336	368	968	0	189	189	0	303	2853	27
Peru	465	353	157	190	6	30	30	0	149	644	23
Dominican Republic	22	20	12	8	0	0	0	0	0	22	3
Uruguay	312	298	116	182	0	21	21	0	9	342	100
Venezuela	844	709	248	461	0	70	70	0	124	1038	42
Bahrain	236	221	91	130	0	61	61	0	0	451	676
Egypt	8020	7709	431	7273	5	697	462	0	0	17 434	233
Jordan	3368	3312	72	3240	0	172	116	0	0	8850	1621
Lebanon	662	622	174	448	0	266	20	0	43	6312	1692
Libya	887	838	0	838	0	0	0	0	0	887	161
Saudi Arabia	887	814	0	814	0	68	24	0	0	6685	275
Syria	306	287	30	257	0	0	0	0	0	306	17
Tunisia	797	779	304	475	0	370	338	0	0	5835	588
UAE	79	79	0	79	0	6	0	0	0	340	137
Israel ¹	NA	16 243	NA	NA	NA	4643	4309	0	0	22 571	3688
Canada	6600	5846	2685	3160	1	1944	1863	0	419	9390	292
USA	85 300	74 048	28 545	45 334	169	15 054	14 598	172	11 862	123,023	424
Total		427 226	178 554	233 550	438	102 816	92 702	3187	21 914	820 286	289
Region ²											
Asia	47 892	44 909	23 558	21 308	43	8394	7539	735	286	115,713	94

Australia/New Zealand	19 664	17 816	8149	9479	188	12 302	11 431	673	1059	33 698	1425
Europe	265 622	241 107	111 140	129 967	NA	57 162	50 264	1607	6030	444 049	692
Latin America	15 278	14 155	3375	10 748	32	1677	1677	0	2215	24 742	52
Middle East ¹	31 485	29 345	1102	13 554	5	6283	5330	0	43	69 670	463
North America	91 900	79 894	31 230	48 494	170	16 998	16 461	172	12 281	132 413	411

NA, not available; FET, frozen embryo transfer.

¹Excluding PGD and oocyte donation cycles.

²Reported in the registries.

³Initiated cycles overall countries estimation: Step 1: cycles in the report = reported numbers for countries reporting them, or estimation by applying their cancellation rate (9.4%) to the aspiration numbers for the not reporting countries. Step 2: total country estimation: total of Step 1 if 100% of the clinics reported, or estimation by applying the percentage of participating clinics to this total in the other countries.

⁴Total estimated number of cycles in the country divided by its population in 2002 (CIA World Factbook).

¹Israeli data did not separate ICSI and IVF and were not included in the total boxes of IVF and ICSI.

Fontes: [<http://humrep.oxfordjournals.org/content/24/9/2310.full>] [<http://humrep.oxfordjournals.org/content/24/9/2310/T1.expansion.html>]