

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

**As Tecnologias da Reprodução:
Discursos sobre Maternidade e Paternidade no Campo da
Reprodução Assistida no Brasil**

Autora: Fernanda Bittencourt Vieira

Tese apresentada ao Departamento de
Sociologia da Universidade de Brasília/UnB
como parte dos requisitos para a obtenção do
título de Doutora.

Brasília, Julho de 2008.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

TESE DE DOUTORADO

**As Tecnologias da Reprodução:
Discursos sobre Maternidade e Paternidade no Campo da
Reprodução Assistida no Brasil**

Autora: Fernanda Bittencourt Vieira

Orientadora: Dra. Lourdes Maria Bandeira (UnB)

Banca: Profa. Dra. Meryl (Miriam) Adelman (UFPR)
Profa. Dra. Naara Luna (NUTES/UF RJ)
Profa. Dra. Lia Zanotta Machado (UnB)
Profa. Dra. Deis Siqueira (UnB)
Profa. Dra. Ana Lísi Thurler (UnB)
(suplente)

Para mulheres e homens que
reinventam o mundo.
Para mulheres e homens que
maternam filho/as, sobrinhos/as,
afilhados/as, enteados/as, seus
próprios pais e mães e irmãs/aos e
amigos/as...
Para as mulheres que compartilharam
suas histórias inspiradoras.
Ao filho amado, Noaue, cúmplice
dessa longa jornada.
À Rosane Montiel, admirada amiga
que partiu tão cedo, *in memoriam*.
À minha mãe, Ana Amélia, que
sempre acreditou.

Agradecimentos

A incursão pelas trilhas do pensamento teórico feminista mudou o curso da minha vida intelectual e pessoal. Em grande medida, devo essa mudança à minha orientadora Professora Lourdes Bandeira. Além disso, agradeço pelo seu indispensável apoio e constante estímulo intelectual que tornaram esta tese possível, após longo caminho.

O crescimento teórico propiciado pelo ano letivo cursado no Departamento da História da Ciência da Universidade de Harvard, como *Visiting Researcher*, não teria sido tão profundo e prazeroso sem a orientação da Professora Charis Thompson, a quem agradeço imensamente.

Ao Departamento de Sociologia agradeço pela confiança e compreensão, em especial, aos Professores Brasilmar Nunes, João Gabriel Teixeira, Mariza Veloso e Christiane Girard. Aos funcionários Evaldo Amorim, Abílio Maia, Márcia Araújo e Edilva Silva agradeço pela atenção e gentileza com que sempre me receberam.

O diálogo durante a Pós-Graduação com as Professoras Lia Zanotta Machado, Tânia Navarro-Swain, Diva Muniz, Dirce Guilhem, Mireya Suárez, Deis Siqueira e Ana Líesi Thurler tornou o estudo das relações de gênero ainda mais instigante e também uma oportunidade multidisciplinar. Agradeço pelas numerosas sugestões e contribuições recebidas durante os cursos, debates e por ocasião da qualificação do projeto de Doutorado.

Os Congressos foram ótimas oportunidades de conhecer pesquisadoras brilhantes e compartilhar experiências acadêmicas. Agradeço, especialmente, à Naara Luna, pelo estímulo à pesquisa na área de reprodução assistida e à Miriam Adelman, pelas conversas sempre tão ricas e inspiradoras.

A experiência de trabalho na Secretaria de Igualdade Racial – Seppir, entre 2004 e 2006, representou um encontro profícuo entre as cultivadas inquietações feministas e as então recentes angústias sobre as desigualdades raciais. Maria Inês da Silva Barbosa foi, e continuou sendo, no Unifem, uma mestra valorosa nesse caminho. Agradeço pela sua generosidade em compartilhar e por tudo que aprendi. Agradeço também pelo carinho, compreensão e apoio nos momentos finais da escrita da tese extensivos a toda a equipe do escritório do Unifem Brasil e Cone Sul.

A expressão “pessoas habitadas” designa pessoas preenchidas por incertezas, angústias e indagações. Tenho a sorte de viver cercada por “pessoas habitadas” que, além de compartilhar inquietações sociais e existenciais, vivenciam muitas alegrias e emoções. Por tudo isso agradeço especialmente a:

Meu companheiro Marco Aurélio Barbosa, Christiana Freitas, Breno Figueiredo e sua família queridíssima, Adriano Campos, Juliana Coelho e todos os seus, Sales Augusto dos Santos, Carla Belas, Clarisse Raynaud, Anderson Formiga, Roger Williams, Angelita Garcia, Graça Ohana, Lunde Braghini, Neuza Deconto, Daraína Pregnolato, Celso Leal e toda a turma de Pirenópolis, Bia Baker, Marina Teixeira, Luciano Chagas, Mário Bispo e Ana Cláudia Chaves, entre tantos/as que tornam a minha vida tão “habitada”.

Além disso, alguns amigos/as estiveram mais diretamente presentes em várias etapas do trabalho: Lunde Braghini foi um interlocutor sagaz do projeto original do Doutorado; Henyo Barreto contribuiu na revisão e tradução do texto do projeto enviado para Harvard; Christiana Freitas contribuiu com o seu conhecimento sobre pesquisa sociológica no espaço virtual; Marco Aurélio criou o programa para armazenamento das mensagens do grupo de discussão e deu muita força nos “últimos momentos”; Angelita Garcia foi um suporte emocional importante em vários períodos; Marina Teixeira revisou o texto final e foi uma interlocutora sensível; Roger Williams e Ana Cláudia Chaves contribuíram na redação e revisão da bibliografia; Délia Dutra e Elizabeth Duarte prepararam as traduções do resumo. Agradeço pelo apoio, a amizade e, acima de tudo, pela segurança que me oferecem em sabê-los/as “por perto”.

Agradeço à Telma Zancanaro, minha terapeuta, pelo auxílio no esforço fenomenal que compreende toda “busca de si”.

Agradeço à Célia Maria e Diana Santos, pelo apoio imprescindível na vida doméstica e pelos cuidados com o Noaue.

Minha família é uma fonte permanente de apoio emocional, agradeço à minha mãe Ana Amélia Bittencourt Vieira e meu pai Manoel Francisco Mendonça Vieira, às minhas irmãs Liomar e Marta Bittencourt Vieira e sobrinha Luana, pela presença, o amor e carinho que tanto me alimentam. Agradeço a toda família do Rio, que tem sido tão importante na minha vida e do Noaue, não podendo deixar de mencionar Zulmira Bittencourt Amador, tia tão querida e “torcedora” permanente.

Também não posso deixar de lembrar que a minha mãe e minha irmã Marta deram, em momentos-chave mais que estímulo, apoio financeiro, que viabilizou a minha ida para os Estados Unidos. Mais uma vez, deixo meu profundo agradecimento.

Agradeço ao meu filho Noaue, que cresceu com a tese, por tudo o que isso representou na nossa vida e só ele pode saber.

Agradeço, finalmente, às integrantes da banca Professoras Meryl Adelman, Naara Luna, Lia Zanotta Machado e Deis Siqueira pela leitura cuidadosa, as contribuições e sugestões estimulantes e instigantes que sugerem desdobramentos e novos horizontes para a pesquisa.

O presente trabalho foi realizado com apoio do CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil.

Resumo

A reprodução assistida tornou possível o início do processo reprodutivo fora do corpo. A manipulação e circulação de embriões, óvulos, sêmen e o 'deslocamento' do útero, com a chamada gestação de substituição, permitiram novas experiências sociais. Este trabalho busca investigar os discursos dos principais atores e atrizes sociais, no campo da reprodução assistida no Brasil, sobre questões suscitadas por estas inovações tecnológicas, em relação à parentalidade.

Neste campo, novas tecnologias reprodutivas, futuros pais e mães, médicos/as, legisladores/as, feministas, bioeticistas, entre outros atores e atrizes sociais, confrontaram-se em torno de células reprodutivas, embriões congelados – possíveis filhos/as relacionados/as geneticamente ou não aos seus pais, criando ou reatualizando discursos sobre maternidade, paternidade, reprodução, direitos individuais, direitos parentais e direitos sexuais e reprodutivos, ancorados em visões determinadas sobre as relações de gênero, classe e sexualidade. Estes discursos são também observados como uma forma de subjetivação gerada por inovações científicas que compreendem novas fronteiras morais.

A perspectiva teórica é originária do encontro de tradições sociológicas com a teoria feminista. A pesquisa foi baseada em levantamento documental sobre os debates legislativos em torno da regulação da reprodução assistida e em um grupo de discussão virtual sobre infertilidade. As fontes de análise, plurais, perfazem um mosaico através do qual se vislumbram vozes e dilemas, relacionados aos ideais sociais de família no país.

A tese identifica tensões e conflitos entre os aspectos de continuidade e ruptura, normalização e subversão, invenção e reprodução, autonomia e assujeitamento. Os discursos sobre maternidade e paternidade são reinventados, reatualizados e reinscritos em uma sociedade de 'risco fabricado' onde as hierarquias reprodutivas se impõem.

Palavras-chave: reprodução assistida, novas tecnologias reprodutivas, feminismo, gênero, sexualidade, maternidade, paternidade, hierarquias reprodutivas.

Abstract

Assisted reproduction has made possible the beginning of the reproductive process outside the human body. The manipulation and circulation of embryos, eggs, sperm, and uterus “displacement” – with the so called gestacional surrogacy – have led to new social experiences. This work investigates the discourses of the main social actors involved in the issues raised by those technological innovations that concern parenting within the assisted reproductive field in Brazil.

In such field of new assisted reproductive technologies, future fathers and mothers, doctors, legislators, feminists, bioethicists among other social actors have had to deal with issues related to reproductive cells, frozen embryos – children genetically related or not to their parents. Such a picture has created or updated discourses concerning motherhood, fatherhood, reproduction, individual rights, parental rights as well as sexual and reproductive rights, rooted in specific views on gender, class and sexuality relations. Those discourses are also observed as a kind of subjectivity generated by scientific innovations that embrace new moral frontiers.

The theoretical approach originates in sociological traditional theories and the feminist theory. The research was based on documental research about the legislative debates on assisted reproduction regulation and on an online discussion group about infertility. Those various sources of analysis constitute a mosaic from which emerge voices and dilemmas related to social ideals of family.

The thesis identifies tensions and conflicts between aspects of continuity and disruption, normalization and subversion, autonomy and subjection, invention and reproduction. The discourses on motherhood and fatherhood are reinvented, updated and reinscribed in a society of “fabricated risk” where one can find reproductive hierarchies imposed and established.

Keywords: assisted reproduction, new reproductive technologies, feminism, gender, sexuality, motherhood, fatherhood, reproductive hierarchies.

Resumé

Avec la reproduction assistée le début du processus de reproduction en dehors du corps est devenu possible. La manipulation et la circulation d'embryons, ovules, sperme et la 'transposition' de l'utérus, avec ce qu'il s'appelle la gestation ou la maternité de substitution, ont permis de réaliser nouvelles expériences sociales. Cette étude vise à rechercher les discours des principales actrices et acteurs sociaux dans le domaine de la reproduction assistée au pays et des sujets dérivés des innovations technologiques.

Dans ce domaine, les nouvelles technologies reproductives, les futurs pères et futures mères, médecins, législateurs/législatrices, féministes, bioéthiciens, parmi d'autres acteurs et actrices sociaux, tous se sont confrontés autour de cellules reproductives, d'embryons congelés – possibles fils/filles en relation génétique ou non avec leurs parents. Cela, en créant ou en réactualisant des discours au sujet de la maternité, la paternité, la reproduction, les droits individuels, les droits parentaux et droits sexuels et reproductifs, s'appuyant sur des visions déterminées en ce qui concerne les relations de genre, de classe et de sexualité. Ces discours sont observés comme une manière de subjectiver qui dérive des innovations scientifiques comprenant des nouvelles frontières morales.

La perspective théorique est originaire de la rencontre des traditions sociologiques avec la théorie féministe. La recherche a été réalisée sur la base d'une recherche documentaire au sujet des débats législatifs autour de la réglementation de la reproduction assistée, et d'un groupe virtuel, forum de discussion, sur l'infertilité. Les sources d'analyse, plurielles, composent une mosaïque à travers laquelle s'entrevoit des voix et dilemmes, relatifs aux idéaux sociaux de famille.

La thèse identifie des tensions et des conflits parmi les aspects de continuité et de rupture, normalisation et subversion, invention et reproduction, autonomie et soumission. Les discours au sujet de la maternité et de la paternité sont reinventés, réactualisés et reinscrits dans une société de 'risque fabriqué' où les hiérarchies reproductives s'imposent.

Mots Clés: reproduction assistée, nouvelles technologies reproductives, féminisme, sexualité, maternité, la paternité, hiérarchies reproductives.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ANIS Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero
ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASRM American Society of Reproductive Medicine
BEMFAM Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil
CAS Comissão de Assuntos Sociais
CCJ Comissão de Constituição e Justiça
CEP Comitê de Ética em Pesquisa
CGI Comitê Gestor da Internet no Brasil
CFM Conselho Federal de Medicina
CLDF Câmara Legislativa do Distrito Federal
CNBB Confederação Nacional dos Bispos Brasileiros
CNPQ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONEP Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPAIME Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança
CPMI Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CSSF Comissão de Seguridade Social e Família
FINRRAGE Feminist International Network on Resistance of Reproductive and Genetic Engineering
GD Grupo de Discussão
GDF Governo do Distrito Federal
HFEA Human Fertilization Act and Embryology Act
HMIB Hospital Materno Infantil de Brasília
IPPF International Planned Parenthood Federation
LGBTT Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MPDF Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
MS Ministério da Saúde
NIGS Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades
NTRs Novas Tecnologias Reprodutivas

OMS Organização Mundial de Saúde
ONG Organização Não-Governamental
ONU Organização das Nações Unidas
PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PL Projeto de Lei
RA Reprodução Assistida
REDELARA Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida
SBRA Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida
SBPC Sociedade Brasileira pelo Progresso da Ciência
SUS Sistema Único de Saúde
THEMIS Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero
TIC Tecnologia da Informação e Comunicação

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO 1 – FEMINISMO E REFLEXIVIDADE SOCIAL NO CAMPO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO BRASIL | 27 |
| 1.1 Modernização Reflexiva e Novas Formas de Subjetivação | 29 |
| 1.2 Feminismo no Plural | 34 |
| 1.3 Feminismo e Parentalidade..... | 43 |
| CAPÍTULO 2 – A PESQUISA DE CAMPO | 47 |
| 2.1 A Pesquisa no Ciberespaço | 56 |
| 2.2 A Pesquisa em Fontes Documentais..... | 71 |
| 2.3 Por uma Sociologia do Segredo | 74 |
| CAPÍTULO 3 – CIRCULAÇÃO DE MATERIAL REPRODUTIVO HUMANO NA SOCIEDADE DE RISCO | 82 |
| 3.1 Feminismo e Maternidade | 92 |
| 3.2 Quando o Corpo e suas Substâncias se Deslocam: útero, sêmen e óvulos em circulação..... | 101 |
| 3.2.1 Valores relacionados à Recepção de Óvulo Doado e ao Útero de Substituição..... | 106 |
| 3.2.2 A Polêmica da Doação Compartilhada de Óvulos | 115 |
| 3.2.3 Valores relacionados à Adoção de Sêmen de Doador | 119 |
| 3.3 Mães e Pais na Sociedade de Risco..... | 125 |
| CAPÍTULO 4 – REPRODUÇÃO ESTRATIFICADA, RELAÇÕES DE GÊNERO E HETEROSSEXISMO NO CAMPO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO BRASIL | 135 |
| 4.1 Novas Tecnologias Reprodutivas e Direitos Reprodutivos..... | 142 |
| 4.2 Falas e Silêncios da Normalização da Parentalidade | 146 |
| 4.3 Um Tema que Incomoda: Feministas e Novas Tecnologias Reprodutivas | 164 |
| CONCLUSÃO..... | 171 |
| GLOSSÁRIO: TERMOS E ABREVIACÕES DO VOCABULÁRIO NO CAMPO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA..... | 178 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 181 |

| | |
|---|------------|
| ANEXO 1. JORNAIS E REVISTAS CONSULTADOS..... | 196 |
| ANEXO 2. WEB SITES, BLOGS E OUTROS CONTEÚDOS VIRTUAIS CONSULTADOS..... | 199 |
| ANEXO 3. NÚMERO DE CENTROS E CICLOS INICIADOS POR PAÍŠ | 200 |
| ANEXO 4. NOVO CÓDIGO CIVIL 2002 | 201 |
| ANEXO 5. RESOLUÇÃO DO CFM Nº 1.358/92..... | 202 |
| ANEXO 6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA..... | 205 |
| ANEXO 7. PARECER E RESPOSTA AO PRIMEIRO PARECER | 206 |
| ANEXO 8. PARECER E RESPOSTA AO SEGUNDO PARECER | 216 |
| ANEXO 9. TERMO DE COMPROMISSO..... | 220 |
| ANEXO 10. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 221 |
| ANEXO 11. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 222 |
| ANEXO 12. TERMO DE CONCORDÂNCIA | 223 |
| ANEXO 13. ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA ÀS PARTICIPANTES DO GRUPO DE DISCUSSÃO VIRTUAL SOBRE INFERTILIDADE..... | 224 |
| ANEXO 14. PROJETOS DE LEI PARA REGULAÇÃO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO BRASIL E TEMAS AFINS | 227 |
| ANEXO 15. PARTICIPANTES DAS AUDIÊNCIAS PÚBLICAS E SEMINÁRIOS | 229 |
| ANEXO 16. QUESTIONÁRIO - PERFIL SÓCIO-GRÁFICO DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DO HOSPITAL..... | 231 |
| ANEXO 17. CONSULTAS CONSELHO DE MEDICINA..... | 233 |
| ANEXO 18. TERMO DE CONSENTIMENTO..... | 247 |
| ANEXO 19. LEI 9.263..... | 251 |

“A invenção e reinvenção da natureza se constituem como o terreno mais importante de esperança, opressão e antagonismo para os habitantes atuais do planeta terra.”

Donna Haraway

Introdução

“Até então achava que bebê de proveta era coisa de ficção científica, não tinha noção nenhuma do que era realmente.” Ingrid

Um mundo produzido artificialmente, no qual a reprodução e a responsabilidade de gestar e dar à luz aos descendentes deixasse de ser o fardo imemorial das mulheres e passasse a ser desenvolvida em uma engrenagem laboratorial. Quantas vezes o imaginário da literatura ficcional não desenhou esses cenários para nos indicar possíveis contornos dos avanços da ciência e da tecnologia?

Quantas vezes não nos surpreenderam as possibilidades de transformar a vida humana em um produto, consumível, utilizável, manipulável por interesses os mais escusos? Seria assim o advento um “novo homem”, que superaria o “velho homem”, realizando o poder divino da vida e da morte? Seria assim, criador e criatura, com o poder de escolher quem deve nascer e morrer, tendo como critério uma superioridade geneticamente manipulada?

Estaríamos, na contemporaneidade, nos aproximando desse mundo? Estaríamos – como afirmava Arendt – tentando nos desvencilhar da nossa própria condição humana, separar-nos, definitivamente do “último laço que faz do próprio homem¹ um filho da natureza?” (1993:10).

Ainda que não estejamos vivendo neste mundo absolutamente futurista e *high tech*, inexoravelmente dominado pela tecnologia, muitas dessas questões deixaram o terreno meramente ficcional para habitar as práticas médicas e científicas. Embora, de fato, não exista a possibilidade de gestação fora do corpo feminino e a “fábrica” de seres humanos seja uma evidente improbabilidade, no presente, as descobertas científico-tecnológicas têm tornado cada vez mais viável a interferência tecnológica no processo reprodutivo e, assim, trazido conseqüências e dilemas para as sociedades até pouco tempo impensáveis.

A chamada reprodução assistida² viabilizou o início do processo reprodutivo fora do corpo, a possibilidade da separação definitiva entre o ato sexual e a reprodução humana,

¹ A utilização da palavra homem designando o humano foi amplamente criticada pela teoria feminista, pois invisibiliza as mulheres nesta categoria totalizadora.

² Adotamos o conceito ampliado de reprodução assistida como um conjunto de técnicas, utilizadas por médicos/as especializados/as, com manipulação de gametas, que tem como principal objetivo tentar viabilizar a gestação em mulheres com dificuldades de engravidar. Isto é, inseminação artificial, fertilização *in vitro* e suas variantes. Ao falarmos de novas tecnologias reprodutivas, no entanto, nos referimos apenas aos procedimentos de fertilização *in vitro*. Para informações mais detalhadas sobre as técnicas de reprodução assistida ver Glossário.

mediante procedimentos que implicam a manipulação de gametas. Os procedimentos mais difundidos são a inseminação artificial – IA e fertilização *in vitro* – FIV. No primeiro, injeta-se sêmen pelo colo do útero no período fértil. No segundo, colocam-se os gametas em contato em placa de laboratório para formar embriões que são posteriormente introduzidos no corpo das mulheres. Na técnica de FIV chamada ICSI, a formação dos embriões se dá pela injeção do espermatozóide diretamente no óvulo.

As tecnologias relacionadas à manipulação de gametas fora do corpo tornaram possível a recepção de óvulos e sêmen de terceiros/as e até mesmo o útero pode ser “alugado” ou “cedido”, a depender da legislação do país. Assim, a reprodução assistida não representou apenas uma alternativa para se contornar a condição de infertilidade de casais³, mas também a possibilidade de uma mulher gestar um embrião sem qualquer vínculo genético consigo própria, com o seu parceiro e ainda dispensar o ato sexual com um homem.

No entanto, estamos muito longe da afirmação de feministas radicais que idealizaram uma sociedade na qual, para livrarem-se da sobredeterminação da maternidade, teriam de livrar-se da própria gestação, transferindo para os laboratórios esta função. Lembremos de Sullerot (1965) e suas especulações sobre uma sociedade em que as mulheres se libertariam da procriação para atingirem a igualdade social em relação aos homens. Nesta sociedade, o feto se desenvolveria *in vitro*, em condições ideais e só seria resgatado ao final do nono mês. O que leva Sullerot a afirmar entusiasticamente: “Ei-la em suma na mesma situação do homem” (1965:57).

Também nos encontramos à distância das palavras de ordem contra a família⁴. E mesmo de qualquer forma de sociedade que venha a abolir a família, como aquela prevista por Huxley no seu clássico “*Admirável Mundo Novo*” de 1932. No livro, o autor relata esse mundo⁵ no qual o processo de reprodução é controlado em fábricas humanas, nas quais se determinam a quantidade de indivíduos de determinadas “qualidades” para compor castas sociais determinadas, em uma verdadeira engenharia da vida.

³ Não trataremos, neste trabalho, das questões relativas à clonagem humana, além de não configurarem experiências sociais conhecidas, nas sociedades contemporâneas, também fogem do escopo desta análise.

⁴ Crítica referida não apenas às famílias tradicionais, termo comumente usado nos dias de hoje, mais à família representada como uma instituição necessariamente autoritária e patriarcal.

⁵ O autor, no prefácio escrito quinze anos após a primeira edição do livro, justamente um período que deu lugar a segunda, terrível e sangrenta Guerra Mundial, afirmou que, ao contrário do que imaginara, considerava possível que o horror de sua profecia se estabelecesse em apenas um século, ou seja, 2032 (Huxley, 1981).

A reprodução assistida não tem se aplicado nos sentidos visualizados acima, mas, ao contrário, para atender à demanda crescente por filhos ‘biológicos’ (popularmente chamados/as de bebês de proveta) dentre aquelas pessoas que não podem tê-los pela via natural, seja por impossibilidade clínica, seja por orientação sexual. A maternidade, assim como a paternidade – embora não necessariamente vinculadas – emergem nesse cenário como um projeto, que seria, por princípio, contrário à idéia de um destino inescapável. A noção de projeto é continuamente reforçada em face de tentativas sucessivas que mulheres (com ou sem companheiros/as) se deparam, uma vez que as taxas de sucesso da fertilização *in vitro* e da inseminação artificial, são, em geral, baixas, muitas vezes os procedimentos são repetidos e, ainda assim, não garantem o projeto de filhos/as biológicos/as.

Mesmo com uma taxa de sucesso relativamente baixa⁶, desde o nascimento do primeiro bebê de proveta, Louise Brown, em 1978, na Inglaterra, o campo da reprodução assistida se expandiu no mundo todo, dando origem a mais de um milhão e meio de bebês, se considerarmos apenas os resultados de fertilizações *in vitro*, segundo dados da Organização Mundial de Saúde⁷ – OMS. Em 2001, mais de 40.000 bebês nasceram nos Estados Unidos por reprodução assistida com fertilização *in vitro*/ICSI, incluindo gravidez com úteros de substituição e mais de 30.000 bebês nasceram por inseminação artificial com sêmen doado⁸. Estima-se que em cerca de 10% dos ciclos de reprodução medicamente assistida tenham sido utilizados óvulos ou embriões doados. Dos ciclos com embriões doados, 0,7% envolveram mães gestacionais (Thompson, 2005). Em alguns países europeus, atualmente, mais de 5% de todos os nascimentos estão relacionados à reprodução assistida (Vayena, 2002).

⁶ “Estima-se um sucesso global de cerca de 30% por tentativa (WHO, 2003). Isto significa que é muito maior a probabilidade de não dar certo do que o contrário. Não dispomos de dados sobre o Brasil, mas segundo as informações recolhidas pela Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida – Redelara, sobre as 128 clínicas da América Latina cadastradas, a maioria das quais no Brasil, para os anos de 2003 e 2004, a taxa global de gravidez de 32,7% e a taxa de ‘bebê em casa’ de 24,5%. Há de se considerar, no entanto, que nem todas as clínicas brasileiras têm cadastro na RedeLara. Ver anexo 3.

⁷ Estas informações estão disponibilizadas no *website* da instituição www.who.org.

⁸ Os dados sobre procedimentos com sêmen doado não são usualmente inseridos nas estatísticas de reprodução assistida nos Estados Unidos, pois são considerados procedimentos de baixa complexidade (inseminação artificial).

No Brasil, não se dispõem de informações precisas⁹, mas é de conhecimento público que já nasceram milhares de bebês (os processos de justificativa dos projetos em trâmite no Legislativo citam mais de 12.000 nascimentos) através das novas tecnologias de reprodução desde 1982, em mais de uma centena de clínicas espalhadas pelo país¹⁰ – com concentração na região sudeste. Também não há dados sobre quantos desses são originários de sêmen, óvulos e/ou embriões doados ou ainda sobre o número de crianças gestadas em úteros de substituição.

As novas tecnologias reprodutivas não representaram apenas um aumento da oferta médico-tecnológica disponível para o contorno da infertilidade¹¹, mas também novas possibilidades de constituição da parentalidade e da família, de estratificação social reprodutiva e de relação social com conteúdos genéticos e biológicos. Ao tornarem possível o início do processo reprodutivo fora do corpo trouxeram novos dilemas éticos, como aqueles relativos à manipulação genética, seleção (sexual ou de características genéticas) dos embriões humanos ou a sua utilização em pesquisas científicas. Assim, estas tecnologias trouxeram questões cruciais no campo da ética e um novo campo de especialistas – da bioética¹² – desenvolveu-se.

A contemporaneidade também vem assistindo cada vez mais à emergência de novas formas familiares: famílias monoparentais, reconstituídas, separadas com adoção de guarda-conjunta, de homossexuais gays e lésbicas. As novas tecnologias reprodutivas não introduziram, necessariamente, um repertório renovado nesse já múltiplo que se apresenta,

⁹ Em nota técnica, o Ministério da Saúde faz recomendação de que se incorpore no Projeto de Lei de regulamentação da reprodução assistida no Brasil que: “deverá ser identificado órgão da Administração Pública que será responsável pela concessão de autorização específica para funcionamento, fiscalização e aplicação de sanções às clínicas e serviços de saúde que realizam RHA no país. Dentre outras atribuições, tal órgão ficaria responsável por organizar um cadastro nacional permanente de informações sobre a prática da RHA em todo o território, com a finalidade de levantar e sistematizar estatísticas e tornar disponíveis os dados sobre o quantitativo dos procedimentos realizados, a incidência e prevalência dos efeitos indesejados e demais complicações, bem como a lista dos serviços de saúde e os profissionais autorizados a lhe realizar”.

¹⁰ Segundo dados da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, SBRA, disponível em seu [website www.sbra.org.br](http://www.sbra.org.br).

¹¹ A infertilidade tem sido definida como a incapacidade temporária ou permanente em conceber um filho ou em levar a termo uma gravidez até ao parto. A infertilidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde – OMS como ausência de gravidez após dois anos de tentativas sem métodos contraceptivos.

¹² A bioética tem sido um campo privilegiado de estudo das novas tecnologias reprodutivas. Não tivemos a oportunidade, neste trabalho, de manter diálogos com esta produção teórica, considerando as questões sociológicas levantadas, além da dificuldade em abarcar a já extensa produção, nas ciências humanas, sobre a temática.

mas aportaram novas problemáticas e desafios, os quais não estavam previstos no horizonte de possibilidades desses arranjos familiares.

Questões jurídicas e simbólicas foram colocadas, em relação à organização social da família. A doação (ou mercantilização) dos gametas – óvulos e espermatozóides – dos embriões ou do útero possibilitou situações até pouco tempo imprevistas, como: a gestação de embriões sem relação genética com um dos seus pais ou com os dois; o acesso de homossexuais à reprodução biológica; o “aluguel” de útero, que já gerou disputas judiciais sobre quem seria de fato a mãe do/a bebê (a que gestou ou a genética); litígios judiciais pelo direito de inseminar embriões depois da separação do casal ou do falecimento do genitor; mulheres solteiras à procura de clínicas de reprodução assistida para engravidar sem parceiros; homens solteiros que “alugam” barrigas; mulheres com mais de cinquenta, até sessenta anos, gestando e a proliferação de gravidez multigemelares (compreendendo de dois até oito bebês), entre outros¹³.

Nesse contexto, vale destacar, a categoria do chamado filho/a biológico/a se ampliou, deixando de se restringir necessariamente ao filho/a genético. O/A filho/a biológico pode não ter vinculação genética nem com a mãe, nem com o pai. Ele/a se torna, no entanto, filho/a “biológico/a” na medida em que o casal passa, em parceria, pelo processo do planejamento e procedimentos (que podem ser múltiplos) para gestar um/a bebê. Há, assim, uma contradição permanente, pois, ainda que possa se pensar que as novas tecnologias reprodutivas trouxeram um reforço aos aspectos genéticos e biológicos da reprodução, há também o que Héritier analisou entre os Samo, o poder da palavra, da designação prévia do pai e da mãe pelo ‘projeto’ de filho/a. “É a palavra que faz a filiação é a palavra que a retira, dizem os Samo” (1996:48).

Nas sociedades ocidentais, a colagem entre o biológico e a filiação é repensada e redimensionada. A maternidade e a paternidade podem ser definidas no documento de consentimento informado, o qual pode substituir, no contexto da reprodução assistida, a verdade biológica pela verdade ‘da palavra’¹⁴.

¹³ Utilizamos como sinônimos os termos gametas, células reprodutivas ou germinativas ou material reprodutivo ou germinativo para nos referimos aos gametas femininos (óvulos) e masculinos (espermatozóides).

¹⁴ Ainda que não haja uma legislação específica sobre o tema da reprodução assistida, o novo Código Civil de 2002 já previu a filiação de filhos nascidos na constância casamento por inseminação artificial heteróloga (com sêmen doado), desde que tenha prévia autorização do marido (ver anexo 4). Também Oliveira e Borges Jr. analisaram que: “ainda que não exista lei específica, a analogia ao instituto da adoção, o estudo dos princípios que o orientaram, além do exame da legislação

Para Hérítier, “a consangüinidade é um encontro de escolha, de manipulação e de reconhecimento social” e não tem necessariamente a ver com a procriação propriamente dita, uma vez que “o social nunca é redutível ao biológico” (1996: 260).

As inovações indicam novas formas de problematizar essa equação entre o social e o biológico, no terreno da parentalidade. Todas estas possibilidades são exemplares do que Giddens (2000), citando Ulrich Beck, denominou de sociedade de risco fabricado, uma sociedade que criou seus próprios riscos em face das inovações científicas e tecnológicas e se depara com experiências sociais novas, imprevistas e surpreendentes.

A sociedade de risco fabricado faz parte – mas também aprofunda – o processo de individualização na modernidade tardia. Essa individualização representa a liberação do indivíduo do controle da tradição e da convenção, e a possibilidade de construir um “eu” livre de laços comunitários e tornar-se capaz de construir suas próprias narrativas biográficas. Dessa forma, nessa sociedade, verifica-se também a emergência potencial de subjetividades autônomas.

A tese *“As Tecnologias da Reprodução: discursos sobre maternidade e paternidade no campo da reprodução assistida no Brasil”* examina os discursos sobre a parentalidade, isto é, sobre a maternidade e a paternidade, em um contexto tecnológico que oferece múltiplas inovações. As tecnologias da reprodução são analisadas não apenas como tecnologias da reprodução biológica, mas também como tecnologias da reprodução social. Perguntamos, neste trabalho, se o campo da reprodução assistida seria um espaço de produção ou de reprodução de valores sociais, ou seja, reprodução social, e, assim, de possibilidade (ou não) de construção de narrativas biográficas indicativas da maior agência dos indivíduos: uma expressão da modernidade reflexiva.

A reprodução social se relaciona à estratificação da reprodução¹⁵ e à normalização da sexualidade e da diferença sexual, ou seja, às chamadas tecnologias da produção da sexualidade (Foucault, 2001) e da produção do gênero ou tecnologias do sistema sexo/gênero (Lauretis, 1994). É necessário destacar que a reprodução de que falamos, seja ela biológica ou

estrangeira, não deixam dúvidas de que pai e mãe serão aqueles que se submeteram voluntariamente ao tratamento de reprodução assistida, prevalecendo a verdade sociológica, afetiva e individual. Por isso, é de extrema relevância o consentimento” (2000:40).

¹⁵ O conceito se refere às relações de poder que estimulam algumas categorias de mulheres a reproduzir, desestimulando outras. Para maior detalhamento, ver capítulo 4.

social, torna-se um processo permeado por conflitos e disputas. Estes conflitos e disputas são fontes para se discutir se existem ou não conteúdos de individualização reflexiva.

Perguntamos, portanto, se novos valores são instituídos pelos processos de reprodução biológica assistida, indicativos de reflexividade social ou se o campo estudado apenas se presta a uma reprodução de estruturas sociais históricas. Aqui é importante introduzirmos o conceito de *habitus* de Bourdieu (1996), uma vez que, ao mesmo tempo em que este conceito trata de um sistema de disposições, de estruturas cognitivas que interiorizam as estruturas sociais históricas, concebe o desenvolvimento de estratégias renovadoras, de conteúdo transformador, possibilitando assim a articulação entre agência e da estrutura.

Em síntese, o objeto da tese são os discursos dos principais atores e atrizes sociais, no campo da reprodução assistida no país, sobre questões relacionadas à maternidade e à paternidade, estruturados pelas questões de biologia e genética, gênero, orientação sexual e pela classe social. Estes discursos são também observados como uma forma de subjetivação gerada por inovações científicas que compreendem novas fronteiras morais.

É de grande importância a análise dos conteúdos de tais discursos para contribuir à compreensão sobre o aspecto “inovador das inovações”, isto é, das novas tecnologias reprodutivas sobre o *ethos* social relacionado à parentalidade, ao lugar social de homens e mulheres, potenciais pais, mães, filhos e filhas e à formação de uma nova subjetividade. Estas inquietações, suscitadas pela interferência das tecnologias biomédicas na parentalidade, tornaram o campo da reprodução assistida um terreno central para uma pesquisa sociológica.

A perspectiva teórica é originária do encontro de tradições sociológicas com a teoria feminista. A contribuição do pensamento sociológico se dá através da sociologia das formas simbólicas e dos significados cuja inspiração é durkheimiana e da teoria de Giddens sobre a reflexividade social na modernidade. A contribuição da teoria feminista vem do seu olhar crítico sobre a natureza generizada das relações sociais e da problematização sobre as questões relativas à subversão das hierarquias de gênero associada a outras subversões.

Ao entendermos que as formas simbólicas deixam de ser formas universais (transcendentais) para se tornarem formas sociais, quer dizer, arbitrárias, relativas a um grupo particular e socialmente determinadas (Bourdieu, 1996:8), nos situamos no cerne da sociologia das formas simbólicas. Como no dizer de Durkheim “A sociologia se coloca, pois, inteira no ideal. Ela não chega lentamente ao ideal como fim de suas pesquisas: nasce dele. O ideal é o seu domínio” (1994:144).

Esta perspectiva sociológica, que prioriza o conteúdo social inerente ao mundo das representações, é útil para análise da circulação dos discursos, e se encontra, até certo ponto, com a teoria foucaultiana. Foucault, no entanto, dá um outro peso à representação social ao referir-se à “pesada e temível materialidade do discurso”. O autor afirma que em toda sociedade a produção do discurso é controlada e organizada por uma série de procedimentos e instituições (Foucault, 2001). O elemento ausente na sociologia durkheimiana é fortemente introduzido por Foucault: o papel do poder.

Neste texto, a materialização de práticas sociais de normalização, controle – mas também subversão – é identificada através do exame da produção discursiva no campo da reprodução assistida. Assim, a teoria foucaultiana também é um marco fundamental para analisar o domínio da construção de significados discursivos que se revestem em práticas sociais e, inextricavelmente, em exercício de poder.

As perguntas sobre os processos de individuação na modernização tardia (reflexividade social) não perdem de vista, simultaneamente, a determinação social no indivíduo (homem e mulher) e sua capacidade de agência. A contribuição da teoria feminista é fundamental para problematizar a ‘generização’¹⁶ da sociedade, a normalização do feminino e do masculino, o imperativo heterossexual das famílias¹⁷ e a própria construção cultural do que é tido como natural. As teorias feministas ou teorias das relações de gênero colocam em xeque os pressupostos tradicionais sobre a construção do masculino e do feminino e (mais recentemente) o imperativo da heterossexualidade.

Estes aportes teóricos apresentados nos orientam a perguntar:

1. Como são situadas as demandas de maternidade biológica ou corporal (gestação, parto, amamentação) e de paternidade genética ou social no campo da reprodução assistida?

2. Quais discursos são mobilizados sobre maternidade e paternidade pelos atores e atrizes situados no campo da reprodução assistida e como estes refletem

¹⁶ Generização se refere ao fato de toda sociedade se estruturar com base em diferenças entre o masculino e o feminino, as quais, na maioria das vezes são convertidas em desigualdades.

¹⁷ A questão da sexualidade tem sido situada no contexto dos chamados estudos *queer*. No entanto, lembremos que Judith Butler, um dos maiores nomes dos *queer studies*, afirmou, em uma entrevista para Peter Osborne and Lynne Segal, em 1993: “*I would say that I'm a feminist theorist before I'm a queer theorist or a gay and lesbian theorist. My commitments to feminism are probably my primary commitments*” (1993:1).

mudanças ou permanências nas visões tradicionais das relações de gênero e do imperativo da heterossexualidade relativas a grupos determinados?

3. O que a introdução de um arsenal médico tecnológico sofisticado na esfera da parentalidade revela sobre sua normalização e novas formas de subjetivação nas sociedades modernas?

A reprodução assistida trouxe questões cruciais e novos problemas e desafios para as sociedades contemporâneas, inspiradoras de uma pesquisa aprofundada sobre a construção da subjetividade, da parentalidade e da filiação.

Neste espaço, há um modelo ideal de família tido como natural e, portanto, ético e moral, o único passível de acesso ao uso das tecnologias de reprodução. Essa família é composta por um pai, uma mãe (uma parceria heterossexual duradoura) e filhos/as biológicos/as. Trata-se do modelo normativo da família conjugal moderna. Um modelo ocidentalizado que foi predominante em famílias brancas, heterossexuais e de classe média e alta. Um modelo que dispõe sobre determinada forma de paternidade e maternidade.

A tese consiste em uma análise sociológica dos discursos sobre a maternidade e a paternidade que revelam aspectos de sua normalização, como também da produção social de novos significados e da construção de novas subjetividades associadas ao campo da reprodução assistida no Brasil. Tanto nos processos biomédicos que permitiram a circulação de material reprodutivo humano (capítulo III), como nos debates públicos para fundamentar o argumento legislativo (capítulo IV) são apresentadas *verdades* sobre o que é ser mãe, pai, filho/a e o que forma uma família.

A pesquisa foi baseada em ampla pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo, levantamento virtual e documental, realizados durante cinco anos entre os anos de 2001 e 2008, com uma interrupção no ano de 2003.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em fontes de pesquisa nacionais, desde 2001, e internacionais, as quais tive acesso principalmente devido à oportunidade de estudar nos Estados Unidos, como Pesquisadora Visitante do departamento de História da Ciência da Universidade de Harvard, em 2002, por um ano. Sob a orientação da Professora Charis Thompson, participei de cursos e leituras dirigidas e tive contato com pesquisas comparadas transnacionais, que foram extremamente úteis para a elaboração da tese.

A pesquisa documental foi realizada nos acervos da Câmara e do Senado sobre os debates acerca dos Projetos de Lei que regulamentam a reprodução assistida no Brasil (sendo o primeiro deles datado de 1993). Foi realizado um levantamento dos dados transcritos de todas as audiências públicas referentes aos projetos indicados, algumas das quais participei presencialmente. Alguns dos atores chave do processo também foram entrevistados no ano de 2003.

A pesquisa de campo foi iniciada no ano de 2001, por um período de três meses, em um hospital que não será identificado por motivos de manutenção de sigilo. Esta oportunidade, ainda que restrita, foi essencial para introduzir temas que foram desenvolvidos e analisados com a pesquisa virtual.

A pesquisa realizada na internet se deu em grupo de discussão virtual sobre infertilidade, entre os anos de 2003 e 2008. A esta pesquisa somou-se a análise de questionários enviados a mulheres do grupo de discussão, no ano de 2004, dos quais foram respondidos quinze.

Incluimos em nossa proposta a escuta de mulheres¹⁸ que buscam filhos/as com a utilização das tecnologias biomédicas e dos discursos em torno de possíveis mães e pais: as disputas sobre as regulações com base no que pode ou não ser permitido porque tido como moralmente aceitável. Estas disputas são exploradas ao se perscrutar o que se fala no campo da reprodução assistida no Brasil.

Cumpre observar que a busca por várias fontes de pesquisa foi um imperativo devido à dificuldade em se realizar uma pesquisa etnográfica nos hospitais e clínicas – alternativa privilegiada no projeto de pesquisa. Devido, no entanto, aos impedimentos para o acesso às instituições indicadas e aos próprios atores e atrizes do campo da reprodução assistida, no processo de pesquisa, o recurso à pluralidade de fontes, dentre as quais, a pesquisa virtual, mostrou-se um recurso útil, criativo e prolífico para a tese. No entanto, não podemos deixar de mencionar que tal problema, apresentado com mais detalhes no capítulo II, também comprometeu a duração da investigação, a qual exigiu mais tempo e a criação de novas

¹⁸ A proposta inicial da pesquisa era de entrevistar homens e mulheres. No entanto, devido à insignificante participação numérica de homens no grupo de discussão virtual, a escuta unicamente das mulheres se impôs. Ainda, caso tivesse se realizado a observação no hospital, os homens poderiam ter sido melhor visibilizados na tese. Vale ressaltar que Costa (2001) relatou a dificuldade dos entrevistados em aceitar fazer parte de sua pesquisa sobre a percepção dos homens em relação à infertilidade e a reprodução. Inhorn (2002) apontou que a fala dos homens é o território mais inexplorado nas pesquisas sobre infertilidade.

estratégias (ou seja, praticamente um novo projeto) para ser finalizada sem prejuízo da sua proposta original.

A tese é desenvolvida em cinco capítulos:

No primeiro, “O Referencial Teórico: Feminismo e Reflexividade Social no Campo da Reprodução Assistida no Brasil” desenvolveu-se a discussão sobre o referencial teórico a partir das teorias sobre individualismo, reflexividade social e modernidade tardia e do mapeamento da teoria feminista. Em seguida apresentou-se o marco destas teorias sobre a temática da normalização da parentalidade fundamentada nas tecnologias do gênero e da sexualidade.

O segundo capítulo “A Pesquisa de Campo”, apresenta o debate sobre as escolhas e os fundamentos referentes à metodologia da pesquisa. Trata-se de uma discussão sobre as dificuldades encontradas em realizar a pesquisa no hospital público e os caminhos alternativos seguidos: a pesquisa virtual e a pesquisa em fontes documentais. Problematisa, especialmente, a nova modalidade de pesquisa em meio eletrônico e suas fragilidades e potencialidades. Por fim, faz uma proposta de se abordar a sociologia do segredo, com base nas experiências acumuladas em campo.

O terceiro “Circulação de Material Reprodutivo Humano na Sociedade de Risco” procura responder à indagação sobre como estão situadas as demandas de maternidade biológica ou corporal (gestação, parto, amamentação) e de paternidade genética ou social no campo da reprodução assistida à luz das teorias feministas. Especial ênfase é colocada nas questões relacionadas ao conflito entre o genético e o biológico e no embaralhamento de categorias que antes pertenciam exclusivamente ao terreno do ‘natural’, introduzido com a circulação de células germinativas humanas. Inicialmente, o capítulo apresenta a discussão do feminismo sobre a maternidade e a paternidade para em seguida dispor sobre a experiência das mulheres pesquisadas com os procedimentos relacionados ao diagnóstico da infertilidade e trajetória em médicos: consultas, exames e tratamentos, sejam aqueles que compreendem indução de ovulação, inseminação artificial ou fertilização *in vitro*.

O quarto capítulo, “Reprodução Estratificada, Relações de Gênero e Heterossexismo no Campo da Reprodução Assistida no Brasil” expõe sobre os resultados da pesquisa documental. Nesta, observou-se o que se fala no campo da reprodução assistida no Brasil. Quais discursos são mobilizados sobre maternidade e paternidade pelos atores e atrizes e como estes refletem mudanças ou permanências nas visões tradicionais das relações de gênero

e do imperativo da heterossexualidade relativas a grupos determinados? O debate é situado no contexto mais amplo da discussão sobre direitos sexuais e reprodutivos no Brasil.

O quinto e último capítulo, apresenta as principais conclusões da pesquisa, com base nas questões teóricas indicadas e no material empírico analisado através do qual discute sobre a relação entre a normalização da parentalidade e as novas formas de subjetivação e reflexividade social.

Capítulo 1 – Feminismo e Reflexividade Social no Campo da Reprodução Assistida no Brasil

“O fascínio da sociologia está no fato de que sua perspectiva nos leva a ver sob nova luz o próprio mundo em que vivemos. Isto também constitui uma transformação da consciência.” Berger¹⁹

Neste capítulo, apresentamos um panorama geral sobre a contribuição da teoria sociológica relacionada à modernidade, individualização e a formação de uma nova forma de subjetividade, a chamada reflexividade social. Em seguida, analisamos a contribuição do feminismo para a teoria sociológica. A pluralidade da teoria feminista é destacada na síntese de algumas das suas principais correntes. O objetivo dessa síntese não é tornar exaustiva a classificação dos feminismos – o que fugiria do escopo desta tese, mas situá-los historicamente e absorver algumas de suas inspirações.

A exploração teórica relativa à pluralidade do pensamento feminista contribui para a problematização sobre a maternidade e a paternidade, a normalização do feminino e do masculino, o imperativo heterossexual e a reprodução estratificada.

O desafio de realizar uma confluência entre a perspectiva da teoria sociológica e da teoria feminista se ancora no fato de que, historicamente, formaram-se campos de saber e pesquisa dissociados.

A teoria sociológica tradicional, ainda que voltada à historicidade das relações humanas, não problematizou suficientemente sobre o fato de que a sociedade é composta por homens e mulheres. Os grupos humanos, sobre os quais os sociólogos constituíram o objeto científico da nova ciência da sociedade, eram apresentados como entidades nas quais não se identificava, e principalmente, não se apresentava como uma “problemática”, a diferença sexual. A sociedade era pensada como um grande complexo de relações humanas ou um sistema de interação entre seres humanos dentre os quais não se dava importância à diferenciação hierárquica entre homens e mulheres (Wallace e Wolf, 2005).

A proposta da Sociologia como ciência esteve visceralmente vinculada à transformação da percepção do mundo em que vivemos, ou, ao que Berger (1995) chamou de transformação da consciência. A bússola de orientação do/a sociólogo/a incluiria segundo o autor: o interesse por “outras terras”, a abertura interior à riqueza incomensurável das

¹⁹ (Berger, Peter. 1995:31)

possibilidades humanas e a ânsia por novos horizontes e novos mundos de significado humano. O feminismo permitiu a exploração de mundos novos de significado a partir de uma outra percepção das relações sociais das sociedades nas quais vivemos.

A perspectiva feminista confrontou a sociologia em relação à abordagem de vários problemas sociais. A sociologia tradicional generalizava as experiências dos homens às mulheres, nos estudos sobre classe social, sociologia do trabalho, sociologia da juventude, entre outros. As mulheres, quando apareciam nos cenários sociais, eram apresentadas em versões estereotipadas, como, por exemplo, na sociologia clássica da família. Para Parsons e Bales (1969), a personalidade humana adaptada aos ideais e valores fundamentais da sociedade, seria garantida por intermédio dos papéis masculino e feminino desempenhados pelo pai e pela mãe. Ao pai caberia a transmissão de traços ligados a sua função instrumental, como a autoridade, a disciplina e a objetividade. A tarefa da mãe seria expressiva, transmitiria a sensibilidade, a afetividade e a proteção. O equilíbrio das personalidades se estabeleceria nessa complementaridade de papéis, a qual seria a base da construção da identidade de meninos e meninas, reproduzindo, assim, o papel sexual esperado de cada um na sociedade.

Assim, a sociologia clássica, além de não identificar a contribuição das mulheres na maioria dos campos centrais para a compreensão da sociedade, quando o fazia, em geral, não apresentava um olhar crítico sobre o papel considerado “expressivo”, secundarizado, das mulheres, tal qual o caráter não-econômico atribuído ao seu trabalho na sociologia marxista.

O caráter social naturalizado da diferença sexual foi reproduzido pela teoria sociológica clássica, que manteve estereótipos relacionados à identificação das mulheres com a natureza e dos homens com a cultura. Simmel (1993), para citar apenas um sociólogo clássico que não invisibilizou as mulheres na sua teoria, defendeu que diferenças qualitativas separam os masculino e o feminino, em face das supostas desigualdades naturais entre eles. As mulheres, para o autor, seriam incapazes de dissociar o desempenho singular de sua sensibilidade e envolvimento afetivo, pois seriam marcadas por uma “indivisibilidade” do eu. O masculino, por outro lado, seria objetivo, especializado e como tal plenamente adaptado às necessidades da sociedade industrial. Poderíamos multiplicar aqui análises não-críticas da sociologia clássica sobre o lugar social reservado a mulheres e homens na sociedade, de uma maneira geral, e na sociedade industrial especificamente.

Lembremos ainda que grande parte da produção científica moderna se constituiu como uma produção dos homens sobre o “outro”: a mulher e tantos ‘outros’ – negros, indígenas, homossexuais. Essa característica, portanto, não é “peculiar” e restrita à produção sociológica.

Assim, conceitos caros à teoria sociológica contemporânea como modernidade e modernidade tardia, modernização reflexiva, individualização, pluralidade de escolhas e de narrativas biográficas, por exemplo, devem ser reconsideradas em face da pluralidade de sujeitos sociais e de hierarquias que se estabelecem de acordo com o lugar de cada um/a deles/as na sociedade.

1.1 Modernização Reflexiva e Novas Formas de Subjetivação

“Dissolvem-se todas as relações sociais antigas e, cristalizadas, com seu cortejo de concepções e idéias antigas e veneradas; as relações que as substituem tornam-se antiquadas antes de se ossificar. Tudo o que era sólido e estável se esfuma, tudo o que era sagrado é profanado, e os homens são obrigados finalmente a encarar com serenidade suas condições de existência e suas relações recíprocas.” Marx²⁰.

Modernidade, segundo Giddens (1991), refere-se a um estilo, costume de vida ou organização social que emergiram na Europa a partir do século XVII e se tornaram mais ou menos mundiais em sua influência. Para o autor, a concepção de que entramos no limiar de uma nova era, para além da própria modernidade, é um equívoco. Assim, as expressões correntes que sugerem que se vive um encerramento de uma etapa, como, “pós-modernidade”, “pós-modernismo”, “sociedade pós-moderna”, não se sustentam. Em lugar de designarmos novos termos e desistirmos de categorias globais de análise “temos de olhar para a natureza da própria modernidade a qual, por certas razões bem específicas, tem sido insuficiente abrangida, até agora, pelas ciências sociais. Em vez de estarmos entrando no período de pós-modernidade, estaríamos alcançando um período em que as conseqüências da modernidade estão se tornando mais radicalizadas e universalizadas do que antes” (Giddens, 1991:13).

O autor adotou a categoria modernidade tardia para melhor enfatizar no mundo contemporâneo os padrões de continuidade em relação à modernidade em oposição àqueles autores que identificam aspectos de ruptura. E o que caracterizaria a radicalidade moderna na modernidade tardia?

²⁰ (Marx, Karl. sd:23).

Uma das características que demonstra essa radicalidade, segundo Giddens, é a individualização. No decorrer do processo histórico moderno, surgiu a própria categoria de indivíduo como uma entidade autônoma, retirado da subsunção absoluta ao controle do grupo social. Nas sociedades estatais maiores, centralizadas e urbanizadas, o indivíduo descobriu um número crescente de opções e, conseqüentemente, uma maior diversidade de comportamentos.

Esta questão parece consensual para os clássicos da Sociologia: Marx, Weber e Durkheim. Guardadas as distâncias imensas de suas obras e teorias respectivas, os teóricos analisaram nas sociedades modernas a emergência social do indivíduo. Este indivíduo – subtraído da exclusividade das relações de parentesco, fundadas na tradição e na religiosidade – ganhou terreno para a autonomia, uma independência maior frente às possibilidades de escolha e adesão a crenças.

A individualização é também um processo de civilização, no olhar de Elias (1994), outro sociólogo fundamental para problematizar o individualismo. No curso do processo civilizatório, as pessoas tornaram-se mais diferentes, tais diferenças assumiram um valor especial e corresponderam à composição exigida pelos mecanismos de competição acirrada de sociedades altamente diferenciadas. As instituições modernas tornaram-se singulares em relação a todas as anteriores devido ao seu dinamismo, ao grau em que interferem com hábitos e costumes tradicionais e a seu impacto global. No entanto, essas não são apenas transformações em extensão: a modernidade alterou radicalmente a natureza da vida social cotidiana e afetou os aspectos mais pessoais da existência de homens e mulheres.

Assim, se o individualismo é uma característica central da modernidade, na chamada modernidade tardia há espaço para o que Giddens (2002) denominou de reflexividade. A modernização reflexiva é uma teoria dos poderes crescentes dos atores sociais ou da atividade social em relação à estrutura, onde imperam novas condições de atividade livre e bem informada.

Para Giddens, os movimentos na esfera da sexualidade e do amor, por exemplo, compõem uma ordem nova, uma ordem ‘pós-tradicional’. Uma ordem social pós-tradicional tem por base a reflexividade dos indivíduos, que torna todas as questões subsumidas à interrogação e ao discurso. O indivíduo reflexivo tem de fazer escolhas, em todos os níveis – religioso, político, familiar, sexual, entre outros, pois não há uma tradição apreendida *a priori*, que torne obrigatória e inevitável a adoção dos padrões culturais transmitidos na família.

A reflexividade social implica que a auto-identidade dos indivíduos é definida a partir destas escolhas que são impelidos a fazer. As pessoas têm de construir suas próprias vidas para manter um senso coerente de auto-identidade. No entanto, elas não podem fazer isso sem interagir com os outros. A interação é a possibilidade de se criarem novas solidariedades. Diferente do que é afirmado comumente na sociologia, na teoria giddensiana, a individualização não é um processo de atomização ou de anomia.

A expansão da reflexividade social gera ainda uma maior autonomização dos indivíduos. Esta autonomia, uma condição para interagir com os demais, estimula a reciprocidade e a interdependência. O sociólogo critica os autores que dão ênfase ao individualismo como um valor necessariamente egoísta e desagregador, pois, ao contrário, segundo pensa, o individualismo é a base de reconstrução das solidariedades sociais pautadas na autonomia e na interdependência. Desta forma, Giddens reatualizou a discussão clássica da sociologia sobre as conseqüências do individualismo na vida moderna.

A auto-identidade se torna um procedimento reflexivamente organizado. O projeto reflexivo do eu, que consiste em manter narrativas biográficas coerentes, embora continuamente revisadas, tem lugar no contexto de múltipla escolha filtrada por sistemas abstratos. Há crescente interconexão entre influências globalizantes, de um lado, e disposições pessoais, de outro. Constata-se o surgimento de novos mecanismos de auto-identidade que são constituídos pelas instituições da modernidade, mas que também as constituem, o que se denomina de reflexividade institucional da modernidade. O eu tem que ser construído reflexivamente, tarefa a ser realizada em meio a uma diversidade de opções e possibilidades, que favorece a construção de narrativas biográficas próprias (Giddens, 2002).

Para Giddens, a noção de estilo de vida assume um significado particular. “Quanto mais a tradição perde seu domínio e quanto mais a vida diária é reconstituída em termos do jogo entre o local e o global, tanto mais os indivíduos são forçados a escolher um estilo de vida a partir de uma diversidade de opções” (2002:13). Ainda que existam influências padronizadoras, o planejamento de vida reflexivamente organizado pressupõe a consideração de riscos filtrados pelo contato com o conhecimento especializado e se torna uma característica central de estruturação da auto-identidade.

O conceito de sociedade de risco é importante para entender esse mundo reflexivo “pós-natureza” e “pós-tradição”: um lugar em que o impacto da ciência e da tecnologia é

vivido cotidianamente. Uma sociedade pautada pela incerteza e pela reinvenção de novos parâmetros sem referências previamente determinadas.

O sociólogo afirma “O risco fabricado é o risco criado pelo próprio progresso do desenvolvimento humano, especialmente pelo progresso da ciência e da tecnologia. Risco fabricado refere-se a novos ambientes de risco para os quais a história tem a oferecer-nos pouquíssima experiência prévia. Muitas vezes não sabemos realmente que riscos são esses, muito menos como estimá-los com precisão em termos probabilísticos” (Giddens, 2000:143).

Segundo Giddens, se a modernidade gerou uma cultura do risco, o mundo da modernidade tardia é apocalíptico por introduzir riscos que gerações anteriores não tiveram que enfrentar. A pluralidade de alternativas e caminhos possíveis é fortemente marcada nesta sociedade, em face de mudanças tecnológicas radicais.

É de se perguntar, a partir do feminismo, como estas mudanças se relacionam e afetam homens e mulheres e se estão submetidos à mesma forma e intensidade de riscos e opções de escolhas. Ainda, é de se pensar o que o feminismo tem a ver com a denominada sociedade ‘pós-tradição’.

Ora, um dos elementos desestabilizadores de padrões tradicionais, não apenas em relação ao feminino e ao masculino, aos padrões de família e de conjugalidade, mas também à forma como a própria sociedade se estrutura e hierarquiza, é o feminismo. No entanto, o reconhecimento sobre o legado do feminismo não deve se concentrar apenas em sua herança política, como a sociologia tende a enfatizar, mas também no reconhecimento de sua contribuição para a interpretação da sociedade e para o entendimento da modernidade.

O feminismo pode ser entendido como um movimento social, intelectual e político comprometido com os mecanismos de redistribuição de poder que beneficie as mulheres, as quais são desfavorecidas em relação aos homens, na maioria das sociedades. Ou ainda, compõe: “poderosas correntes de contra-imaginário (que) interrogam o social e suas instituições, iluminando a incontornável historicidade das relações humanas e dos sistemas de apreensão do mundo” (Swain, 2007b:213). Este contra-imaginário é inspirador para uma grande parte das perguntas que são feitas e para a forma como são respondidas nesta tese.

Desde a década de 1960, várias tradições disciplinares passaram a ser desafiadas pelas perguntas sobre tais lugares sociais de homens e mulheres introduzidas pela produção intelectual das feministas, nos mais diversos campos. Questões relativas ao caráter masculinista da produção do saber, presente desde os escritos de Beauvoir, na década de

1940²¹, emergiram com maior vigor desde então. As disciplinas, entretanto, absorveram de forma diferenciada essas contribuições.

Na sociologia, encontraram-se grandes resistências na incorporação da perspectiva feminista ao seu *corpus* teórico, conforme o argumento de Adelman (2004) na tese de Doutorado “*A Voz e a Escuta: Encontros e Desencontros entre a Teoria Feminista e a Sociologia Contemporânea*”. A autora, reiterando o argumento de Stacey e Thorne (1985), chamou atenção para o fato de que, na sociologia, a dificuldade de enfrentar uma transformação profunda a partir da contribuição feminista tem sido mais forte do que em algumas outras áreas disciplinares, tais como a Antropologia, a História e a Literatura.

Adelman destacou que “algumas subáreas da Sociologia incorporaram melhor as discussões feministas, como as de família e sexualidade e a sociologia do trabalho (...) Porém, em muitas outras subáreas a situação é totalmente diferente: basta um olhar rápido sobre os currículos básicos do curso para perceber que quaisquer mudanças que tenham ocorrido em subáreas específicas deixaram quase intacto o estudo da *teoria* sociológica clássica e contemporânea, isto é, a aprendizagem das “metanarrativas” da Sociologia e suas categorias analíticas e metodológicas básicas” (2004:109). Nestes, aborda-se a incorporação de gênero como uma variável e não como uma dimensão relacionada a profundas reformulações dos conceitos sociológicos mais importantes – poder, política, trabalho, racionalização, modernidade, entre outros.

Esta tese parte do imperativo de se promover um encontro mais sistemático entre tradições sociológicas – a partir das quais se aborda os temas da modernidade, sociedade de risco, reflexividade, *habitus*, agência e reprodução social – e a herança intelectual feminista, com os temas da normalização da parentalidade, produção da diferença sexual e da heterossexualidade, hierarquização da reprodução por classe, modernidade, agência e reprodução social.

²¹ “Beauvoir insistia desde aquela época, que a subordinação feminina é uma questão *sui generis*, isto é, diferente ou não reduzível às questões econômicas da propriedade privada sobre os meios de produção e da exploração do trabalho na qual a discussão marxista a embrulha” (Adelman, 2004:71).

1.2 Feminismo no Plural

“O auspício é que, com o novo século, também o feminismo possa empreender uma auto-análise, uma descida ao inferno, que confronte a morte que está em nós. Em todas nós, velhas e jovens, lesbianas e heterossexuais. Então, talvez, reemergirá também aquela outra força, Eros, que tende a conjugar, a formar unidade maior do que o Eu, a criar comunidade, cultura, movimento – e tanta vontade de viver por mil anos e depois, mais mil”. Lauretis²²

É fundamental apresentar os pressupostos que tornam a tese uma perspectiva feminista sobre o campo da reprodução assistida no Brasil. Em primeiro lugar, uma perspectiva porque não se trata da (única) perspectiva. Há vários feminismos na teoria social e, mais especificamente, na sociologia. Situar-se no campo dos estudos feministas é colocar-se em um lugar plural, no qual múltiplas visões e perspectivas sustentam diálogos ricos e instigantes. Não há (e nem houve) uma única visão feminista a qual se possa fazer referência falando em nome de todas as demais. Há um espaço heterogêneo, no qual se desenvolvem muitas e prolíficas questões teóricas e políticas.

Mesmo que heterogêneo, o campo intelectual feminista, na análise de Machado (1997) pode ser entendido como um grupo de interlocutores/as no sentido de Bourdieu com um consenso mínimo em torno das normas e regras argumentativas que o preside e organizado em torno do reconhecimento da dívida em relação aos saberes disciplinares tanto quanto ao feminismo.

Afora esse consenso mínimo, há diferentes abordagens teóricas e metodológicas, cada pesquisador/a inscrevendo-se em filiações heterogêneas: feminismo marxista, liberal, pós-estruturalista, negro, entre outros. Estudos de gênero, estudo de mulheres ou de relações sociais de sexo? A utilização de cada uma das categorias vai implicar certa perspectiva teórica. As polêmicas e discussões em torno de uma problemática comum, através do enfoque em diversos campos disciplinares – Sociologia, Antropologia, História, Linguística, Psicologia, Psicanálise, Educação, Ciência Política – tornam os estudos feministas instigantes, polissêmicos e interdisciplinares.

Assim, falar em nome de um feminismo, um paradigma feminista ou uma epistemologia feminista é perder essa dimensão heterogênea do campo e sua própria riqueza (Bandeira e Siqueira, 1997).

²² (Lauretis, Teresa, 2003:10)

Em segundo lugar, porque, ao contrário da abordagem do senso comum tão presente em diversos tipos de mídia, as questões as quais os feminismos se voltam não são de interesse exclusivo das mulheres. Questões sobre as hierarquias nas relações de gênero, a histórica separação entre as esferas pública e privada, ou ainda, os processos de reprodução como gravidez, parto e nascimento são questões eminentemente políticas e relacionadas à justiça social. Como tal, dizem respeito a homens e mulheres e à sociedade como um todo.

Em terceiro lugar, porque os feminismos pressupõem um novo olhar sobre a própria ciência. Os estudos feministas também se propõem a pensar como as perspectivas feministas contribuem para a construção de outras referências e parâmetros para a ciência hoje. Para as autoras mais radicais desta corrente, como Harding (1991), o feminismo deve defender uma perspectiva revolucionária na ciência, capaz de incluir o olhar do ‘outro’, aquele que foi essencializado como outro a partir da própria ciência: mulheres, homossexuais, grupos raciais discriminados, como negros/as e indígenas.

O saber situado, as teorias *standpoint*, marcadas pelo lugar de onde se olha, não representaram apenas uma alteração da cultura científica, mas do próprio fazer ciência. Harding (1993), por exemplo, propôs uma revolução relativa aos pressupostos, procedimentos e paradigmas da ciência. Para a autora, os chamados conhecimentos subjugados – que surgem de uma localização social e cultural concreta e não hegemônica – questionaram a objetividade da ciência e sua universalidade. Estes olhares tornam-se os mais adequados para realizar um conhecimento objetivo, pois advém de um *locus* crítico, não passível de ser incorporado na percepção e pensamento dominantes.

O debate é polêmico e não é nossa intenção entrar no mérito do seu argumento, mas indicar que a contribuição teórica do feminismo é atualmente incontestável. Apesar disso, há uma tendência, nos meios acadêmicos, a não se considerar as abordagens teóricas feministas como científicas, daí a necessidade de longas justificativas (como nesta introdução) sobre a validade da utilização do aporte teórico feminista. Como afirma Louro “talvez seja oportuno refletir sobre as dificuldades em assumir ou reivindicar essa qualificação (feminista) no meio acadêmico” (1997:142).

Nas últimas décadas, vários estudiosos começaram a tangenciar os temas colocados pelo feminismo, a partir de seus enfoques particulares. Bourdieu e “*A dominação masculina*” (1999), Castells e “*O Poder da identidade*” (1999), Lipovetsky e “*A terceira mulher – permanência e revolução do feminino*” (2000), Lasch e “*A Mulher e a vida cotidiana – amor,*

casamento e feminismo” (1999), Giddens e “*As transformações da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*” (1993). De uma maneira geral, tais autores reconheceram a contribuição do feminismo como movimento social, como comentou Castells, ao afirmar que: “tais movimentos têm causado impactos profundos nas instituições da sociedade e, sobretudo, na conscientização das mulheres (...) Essa não é, nem será uma revolução de veludo. A paisagem humana da liberação feminina está coalhada de cadáveres de vidas partidas, como acontece *em todas as verdadeiras revoluções*” (1999:171, grifos meus).

Bourdieu, por exemplo, citado por Machado (1997) afirmou ironicamente que as feministas pensam que descobriram “tão antigos saberes das ciências humanas”, isto é, o caráter social naturalizado das diferenças sexuais. Ora, o que se evidenciou a partir de seus textos é que, enquanto não problematizadas pelo feminismo, estas ‘verdades tão antigas’ não foram suficientes para questionarem sobre os efeitos dessas diferenças na própria constituição da ciência, nem para tirar da invisibilidade tais temas tidos como secundários.

Assim, esses autores ofereceram uma pretensa legitimidade ao feminismo, ao se ocuparem de um tema há pouco tempo considerado irrelevante e secundário e reconheceram sua centralidade para a reestruturação das relações sociais contemporâneas, mas, por outro lado, não legitimaram sua contribuição teórica e reduziram o debate a uma vertente do feminismo como se fosse *o* feminismo.

A premissa de que os estudos científicos são desvinculados de interesses e compromissos, portanto, neutros, tende a tirar a legitimidade dos estudos feministas, os quais são, por princípio, movidos por uma vontade política de desestruturar as hierarquias de gênero. Este compromisso, longe de comprometer a cientificidade da pesquisa feminista, ao contrário, induziu a uma reflexão séria sobre a prática científica. Neste sentido, realizou-se como parte de um movimento de ampla crítica à ciência (Rago, 1998, Bandeira e Siqueira, 1997, Flax, 1991, Machado, 1997, Butler, 1990) somando-se ou incorporando-se a correntes como o pós-modernismo, o pós-estruturalismo e os chamados estudos culturais, que procuraram não apenas dar visibilidade aos grupos excluídos e minoritários, mas ir às últimas conseqüências da inclusão desses grupos na ordem científica, isto é, à necessidade de novos conceitos, teorias e epistemologias.

O pensamento feminista contribuiu para a crítica à ciência tradicional, pois, ao mostrar que o neutro é sempre masculino e não só masculino, mas branco e heterossexual, propôs uma

crítica dos saberes constituídos e um novo olhar teórico, necessariamente situado, porque todo olhar o é – mesmo quando fala em nome de uma pretensa neutralidade.

A teoria científica tradicional baseia-se no pressuposto central de que o sucesso da ciência moderna é garantido por seus fatores internos: o método experimental, o padrão para maximizar a objetividade e a racionalidade, o uso da matemática, entre outros. Entende, assim, que a representação da natureza produzida pela ciência é como um espelho, no qual a realidade (que já está lá fora) é refletida. As críticas em relação à visão internalista de epistemologia científica tiveram início na década de 1950, nos chamados estudos sociais da ciência, no contexto do pós-guerra (Harding, 1991 e 1993).

Os chamados estudos feministas e pós-coloniais, entre outros, apreenderam a abordagem já consolidada pelos estudos anteriores sobre o caráter eminentemente social da ciência e acrescentaram novas questões, em um novo contexto, nos anos 1980 e 1990, em interlocução com as lutas e demandas de movimentos de novos movimentos sociais: de identidade (gênero, sexualidade, raça/etnia) e dos movimentos ecológicos, todos de caráter global. A teoria do olhar situado e do *standpoint* só se consolida nesse diálogo entre várias identidades possíveis, ou seja, no contexto da pluralidade multicultural.

Outro fator que torna fundamental a afirmação de que se trata de um estudo sociológico feminista é justamente a dificuldade em se estabelecer uma interlocução com os pensamentos feministas nos meios acadêmicos fora dos núcleos de pesquisa especializados. Há certa indiferença às questões teóricas colocadas pelas teóricas feministas, o que conduz a uma guetificação (Aguilar, 1997, Bordo, 2000) do conhecimento feminista, como já indicado por Aldeman (2004).

O feminismo, ou melhor, os feminismos são fundamentos para se perscrutar o campo da reprodução assistida no Brasil. Ao apontarmos para a sua pluralidade, procuramos algumas de suas potencialidades teóricas.

Em geral, são identificadas três “ondas” do feminismo euro-americano que não representam fases, mas tendências, não excludentes entre si: o chamado feminismo da igualdade (compreendendo desde a linha liberal até o feminismo de inspiração marxista), o feminismo da alteridade ou das relações sociais de gênero, identificado desde a década de 1960 e o feminismo pós-estruturalista, pós-colonial ou multiculturalista, a partir de meados da década de 1980.

No primeiro momento, havia a centralidade da superação da desigualdade entre mulheres e homens e conseqüentemente o foco em lutas por direitos gerais, seja por direitos civis, econômicos ou políticos. Nesse processo, destacaram-se as lutas e conquistas pelo acesso à educação de nível médio e superior e ao trabalho remunerado e pelo direito de votar e ser votada. Assim, a exclusão das mulheres das esferas do conhecimento, da formação e atuação profissional e da representação política, orientou as reivindicações e lutas por igualdade de direitos e de oportunidades. O feminismo liberal entendia que esses direitos poderiam ser atingidos no interior do sistema capitalista enquanto o feminismo marxista abordava que sua realização só seria alcançada plenamente em uma sociedade socialista.

Vale destacar que no bojo do feminismo da igualdade se introduziu a luta pelo amplo acesso à contracepção e pela liberação do aborto como uma agenda feminista (Scavone, 2004). Os ideais de autonomia e liberdade para as mulheres não puderam prescindir de acesso irrestrito a métodos anticoncepcionais, assim como, na falha destes, do acesso ao aborto. Estes se constituíram como a base da perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, os quais são abordados no capítulo 4.

O feminismo da primeira onda foi fundamental no sentido de apresentar de uma maneira mais sistemática, articulada e global as demandas das mulheres, ainda que apresentadas no singular.

Uma das críticas à chamada “primeira onda” foi de que, na busca pela igualdade universal, negligenciaram-se as diferenças (Haraway, 1995). Os conceitos de “condição feminina” e “opressão”, nesse momento, referiam-se a uma mulher no singular que representava a condição de opressão de todas as mulheres. Corrêa analisou: “se o feminismo nos permitiu lutar, num primeiro momento, para a constituição de um sujeito Mulher, assim mesmo com letra maiúscula, o próprio desenvolvimento dos movimentos feministas foi, aos poucos, desinvestindo esse sujeito do lugar central que lhe dávamos nos anos 70, desqualificando sua singularidade, questionando sua identidade e universalidade” (2001:27).

A outra crítica se referiu ao fato de que a busca pela igualdade, no entanto, não eliminava o referente, o homem, ao qual as mulheres deveriam se igualar. Ao mantê-lo, desconsiderava a possibilidade de haver igualdade mantendo diferenças desde que percebidas como culturais (não biológicas). A desconstrução da binariedade hierarquizada do masculino sobre o feminino passaria pela desconstrução do referente e não pela sua equivalência.

Uma terceira crítica diz respeito às limitações das lutas por oportunidades, baseadas no princípio da igualdade formal. Os primeiros esforços para dar legitimidade às reivindicações feministas e dar visibilidade às condições das mulheres não se mostraram suficientes para resignificar as concepções do feminino e do masculino. Isto fica muito evidenciado nos estudos sobre permanências e mudanças nas relações de gênero (Vieira, 1998) os quais enfatizam os limites das ‘revoluções’ do feminino. Por exemplo, embora as mulheres passem a ter uma vida profissional, sendo muitas vezes mais escolarizadas que os homens, continuam, em sua maioria, em postos menos valorizados e menos remunerados. Um feminino simbolicamente desqualificado está desde então em jogo nas resistências culturais à ascensão social das mulheres.

A proposta do feminismo de “segunda onda”, identificado a partir da década de 1960, foi de colocar foco no aspecto socialmente construído das concepções do feminino e do masculino. A frase “não se nasce mulher, torna-se mulher”, expressou a idéia básica do feminismo: a desnaturalização do ser mulher. Com a categoria gênero, a construção social da diferença sexual em uma dimensão relacional foi enfatizada. Não se tratava mais de abordar o poder masculino submetendo às mulheres, mas pensar a organização social da diferença sexual que se baseia na binariedade, associando o poder ao pólo masculino e a submissão ao pólo feminino, como se inscritos na sua própria natureza.

Os estudos de gênero envolveram pelo menos duas dimensões, segundo Sorj (1997): a primeira compreendeu a idéia de que o equipamento biológico sexual inato não dá conta de explicar as diferenças vividas nas sociedades entre o comportamento feminino e masculino. O sexo se diferencia do gênero na medida em que o primeiro é dado *a priori* e o segundo é uma construção social. A segunda, à consideração de que o poder é distribuído de maneira desigual entre os sexos, cabendo às mulheres uma posição subalterna na organização da vida social.

A palavra gênero remeteu aos dispositivos de poder que constituíram a diferença sexual como natural e evidente (Bandeira, 1996; Scott, 1995). A categoria de gênero, ao expressar o caráter social naturalizado da diferença sexual, implicou a ruptura radical entre a noção biológica de sexo e a noção social de gênero. O gênero passou a ser analisado enquanto fenômeno histórico, determinado e produzido ao longo do tempo.

A preocupação do feminismo de segunda onda em superar a idéia de que o feminino se aproximava da natureza, estava condicionado pelo corpo, para enfatizar que o feminino tanto quanto o masculino são culturalmente construídos também gerou o que Piscitelli (1998)

denominou de obsessão feminista pela desnaturalização. Esta compreende a busca pelos mecanismos através dos quais identidades e de laços sociais, para legitimar processos de inferiorização, aparecem como se fundamentados na natureza.

Além de introduzir a discussão sobre os processos de naturalização e de relações de poder, o uso da categoria gênero, se disseminou largamente nos Estados Unidos e no Brasil, nos anos 1980, marcando um momento mais institucional do feminismo, no qual as ativistas passaram a atuar nos governos e nas organizações internacionais, como também nas universidades. A categoria implicava certa erudição e objetividade (Scott, 1998:75). Scott em entrevista (1998) comentou o fato de que muitas vezes a categoria gênero foi usada de forma estereotipada como sinônimo de mulher. Muitas vezes, cientistas sociais, não necessariamente feministas, fizeram uso da categoria apenas como um indicador, retirando-o de seu contexto crítico e, portanto, sua dimensão insurgente de crítica dos saberes e poderes.

Em relação à parentalidade, o feminismo de segunda onda estendeu o conceito de igualdade para além da igualdade formal nas esferas do civil e do político, a fim de incluir questões de sexualidade, direitos reprodutivos, responsabilidade social pelo cuidado das crianças e divisão do trabalho doméstico (Adelman, 2004:82). Neste sentido, verificou-se, no período, um ativismo político que ultrapassou a temática do direito ao aborto e à anticoncepção segura – características da primeira fase – e se estendeu a uma perspectiva ampla de sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania.

A terceira onda levou ao extremo a diferença, ou seja, houve uma valorização analítica da pluralidade de diferenças. Os feminismos pós-colonial, pós-estruturalista e multiculturalista questionaram o sujeito universal. Houve ênfase na crise, no conflito e nas disputas em torno dos processos de construção de significado da diferença sexual e da normatividade heterossexista, no descentramento da noção de sujeito, na marginalidade e na alteridade.

Abriu-se o leque de diferenças entre as próprias mulheres: classe, raça e orientação sexual passaram a ser visibilizados nesta nova abordagem. A pluralidade se tornou viável quando se colocou a questão: há uma identidade feminina? Uma mesma identidade para todas as mulheres de todos os tempos; uma nova essência? Neste sentido, Haraway afirmou “não há absolutamente nada a respeito do ser “mulher” que aglutine naturalmente todas as mulheres” (1995).

Quando o feminismo pôde colocar em questão a existência do sujeito universal e sua abstração excludente, teve que se defrontar também com a questão: existe um sujeito universal feminino? Que novas exclusões estariam sendo feitas em nome desse sujeito? Neste sentido, a diferença feminina passou a ser compreendida e analisada entre outras diferenças. O olhar foi direcionado para a pluralidade e a especificidade, tornando-se mais instável.

Os estudos feministas de terceira onda, chamados pós-coloniais, multiculturais e os pós-estruturalistas se propuseram a pensar as perspectivas feministas, no plural, e todo o seu olhar se voltou para esta diversidade. Butler (1990), como uma representante do pós-estruturalismo, argumentou que a reformulação feminista do pós-estruturalismo se baseia no entendimento de que o poder permeia todas as esferas e representações sociais dos possíveis 'objetos' de pesquisa (sempre construídos em um processo social) inclusive a do 'sujeito'. A verdade, como diz Foucault (1993), não existe fora do poder ou sem poder, ela é produzida às custas de múltiplas coerções que impõe um regime de verdade no mundo.

O pós-estruturalismo também realizou uma das críticas mais consistentes à categoria gênero, pois colocou em questão a oposição sexo X gênero. Para o feminismo tradicionalmente, o gênero é social enquanto o sexo é o material, o biológico. O pós-estruturalismo perguntou se o corpo (a materialidade biológica) estaria deixado para um lugar pré-social e pré-lingüístico. Se a diferença sexual é algo evidente. Se ao dicotomizarmos sexo e gênero, estabelecendo o gênero na esfera da cultura e o sexo no campo da natureza, não deixamos de considerar a construção cultural do próprio sexo e toda a potencialidade crítica da construção cultural dos corpos como feminino ou masculino. Assim, o sexo permanece, na teoria feminista, como aquilo que fica de fora da cultura e da história, sempre a enquadrar a diferença masculino/feminino (Nicholson, 1996).

Haraway (1994) propôs que a categoria gênero seja associada a outras categorias (sexo, raça, etc.), para não obscurecer as relações necessárias entre as diferenças que produzem o sentido dos corpos. Seguindo as inspirações do pós-estruturalismo, no texto associamos a categoria gênero a outros elementos da diferença.

A maternidade, por exemplo, entendida no quadro teórico da domesticidade e do confinamento feminino à vida privada, como no clássico "*A Mística Feminina*" de Betty Friedman, publicado em 1963, não corresponde à experiência da grande maioria de mulheres, pobres, majoritariamente negras e indígenas. Estas, não tiveram sequer a "oportunidade" da

domesticidade, impelidas ao mercado de trabalho, como domésticas e voltadas aos cuidados de pessoas de outras famílias, como bem analisou Hooks (2000).

Basta lançarmos um novo olhar sobre a formulação destacada de Friedman, relativa à ‘condição feminina’, para percebermos que não é sensível à experiência de todas as mulheres (as que não têm marido, filhos ou casa ou que não podem escolher por se dedicar a sua própria família): “caso eu esteja certa, o problema sem nome, que fervilha hoje no íntimo de tantas mulheres, não é uma questão de perda de feminilidade, excesso de cultura, ou exigências domésticas. É muito mais importante do que parece à primeira vista. É a solução daqueles novos e velhos problemas que vem há anos torturando esposas, maridos e filhos, intrigando médicos e educadores. Pode muito bem ser a chave de nosso futuro como nação e como cultura. Não podemos continuar a ignorar essa voz íntima da mulher, que diz: «Quero algo mais que meu marido, meus filhos e minha casa»” (Friedman, 1971:31). De que mulher se trata afinal ao se abordar a condição feminina com essas referências?

A partir do olhar da “terceira onda” a percepção da pluralidade das diferenças se tornou central. Os discursos sobre a parentalidade, a maternidade e a paternidade são indicadores de conflitos e disputas por significado em torno das identidades feminina e masculina. Embora haja um reiterado estereótipo da mulher condicionada à maternidade (implicando que não se sinta mulher se não pode ser mãe) e do homem como pai (que se vincula mais à virilidade e têm outras dimensões, mas que também reduz a masculinidade à capacidade de gerar), há também uma hierarquização sobre quem deve ocupar esse lugar idealizado de mães e pais. Ou seja, trata-se de pensar de que mãe, de que mulher ou de que pai e de que homem se está falando?

Por fim, é interessante percebermos que, no Brasil, a idéia de “três ondas do feminismo” deve ser relativizada de acordo com o seu contexto histórico particular. Para Sarti (2001), a unidade do movimento de mulheres e do feminismo no Brasil se manteve até o início dos anos 1980, pois a luta contra o regime militar era um elemento aglutinador. Moraes (2001) também destacou o papel ativo do movimento feminista brasileiro dos meados dos anos 1970 em oposição à ditadura e à defesa dos direitos humanos. Esta característica levou a pesquisadora norte-americana Sônia Alvarez, citada por Moraes (2001) a cunhar a expressão *engendering* a democracia no Brasil, para acentuar a dimensão de gênero. Com o processo de redemocratização, ou seja, a partir de meados dos anos 1980 pôde se identificar com mais

evidência a pluralidade da diferença no movimento, como também nos pensamento teórico do feminismo brasileiro.

Enfatizamos a diversidade de correntes teóricas na teoria feminista para a compreensão das categorias fundamentais de análise da pesquisa sobre os discursos da maternidade e da paternidade no campo da reprodução assistida no país. Essas categorias dialogam com toda a herança intelectual feminista e são um referencial fundamental para se conceitualizar a pluralidade.

1.3 Feminismo e Parentalidade

Por normalização da parentalidade entendemos todo o dispositivo usado para **tornar homens e mulheres em pais e mães segundo padrões sociais pré-estabelecidos**, mas também para **definir a identidade do que é ser homem e o que é ser mulher**. No corpo se define essa identidade, uma vez que o corpo é, como defenderam Foucault (1993) e Bourdieu (1983), um lugar prático direto de controle social.

Isso fica evidenciado na experiência das pessoas com a infertilidade. Elas enfrentam, involuntariamente, a ruptura com a lógica da função reprodutiva e, assim, se deparam com a percepção de se sentirem “menos homem” ou “menos mulher”. As tecnologias da produção do sistema sexo/ gênero são indissociáveis das tecnologias de reprodução social e biológica (Lauretis, 1994). Reitera-se, portanto, a assertiva de Strathern de que “as novas tecnologias reprodutivas separaram procriação de sexo, mas, no que se refere à definição de pais, certamente não separaram procriação de relações de gênero” (1995:329).

A família é uma instituição social no sentido clássico, isto é “um complexo específico de ações sociais que proporciona métodos pelos quais a conduta humana é padronizada” (Berger e Berger, 1977). A normalização da parentalidade nas famílias influencia os indivíduos – mulheres e homens, de diferentes pertencimentos sociais, a seguirem por caminhos considerados desejáveis pela sociedade (ou os almejem), caminhos que, às vezes, podem aparecer como os únicos possíveis.

Embora todas as sociedades humanas tenham organizado a reprodução por alguma forma de família, esta se apresenta culturalmente diferenciada, podendo ter formas extremamente diversas de uma sociedade a outra. A natureza múltipla e polissêmica do conceito se relaciona ao fato de que se inscreve ao mesmo tempo na natureza (genealogia,

hereditariedade, consangüinidade, etc.) e na cultura (organização social e cultural da paternidade e da maternidade, afinidade, etc.). Como escreve Bourdieu, “*nada parece mais natural do que a família: essa construção social arbitrária parece situar-se no pólo do natural e do universal*” (1996:128).

A família nuclear heterossexual é um fundamento da normalização, porque o **padrão normativo da família conjugal**²³ (Thorne e Yalom, 1992), apresentado como norma desde fins do século XIX, continua intacto. Ao ser elevado ao status de padrão e norma, no entanto, não corresponde (assim como não correspondia desde então) à diversidade de práticas e arranjos sociais, mas atua no sentido da classificação e do disciplinamento, por meio de processos de normalização, normatização e estigmatização (Adelman, 2004:92).

Outro fundamento social da normalização da parentalidade nas sociedades ocidentais é a **filiação biológica e genética com ambos os pais**. Mesmo o instituto da adoção²⁴ não confronta totalmente esse fundamento, pois ainda é pautado por certa “imitação da natureza”, isto é, a semelhança buscada do/a filho/a adotivo/a com os pais, o apagamento do processo de vida anterior à adoção simulador de um “novo nascimento”, uma vez que a maioria das adoções segue o modelo de adoção “fechada” ou adoção “plena”²⁵ (Strathern, 1991).

Um terceiro fundamento é o **elemento heterossexista da parentalidade**. O aspecto reprodutivo da parceria entre homens e mulheres tem sido fundamento do imperativo heterossexista. Há uma imposição social para que as famílias sejam formadas por uma mulher e um homem com base no que seria a “natureza das coisas”, leia-se, a reprodução. A reprodução é, pois, uma base da heterossexualidade compulsória e as famílias são vetores da reprodução social do heterossexismo (Lauretis, 1994; Thorne e Yalom, 1992 e Butler, 1990). Mesmo quando um dos cernes do fundamento heterossexista é alterado, isto é, quando, com a introdução da reprodução assistida torna possível se prescindir da parceria heterossexual para a reprodução biológica, o argumento do imperativo reprodutivo como justificativa da heterossexualidade compulsória se mantém.

²³ Danda Prado identifica que “uma mãe com filhos sem a designação de um pai não constitui uma família, mas sim uma família natural ou incompleta, na classificação de sociólogos e demógrafos” (1986:11).

²⁴ Embora a adoção não seja o objeto de pesquisa por excelência da tese, a questão da adoção tangencia toda a pesquisa, não só porque é considerada uma alternativa possível para pessoas que se deparam com algum impedimento para procriar, como também porque representou, nos discursos, parâmetros morais instituintes ideais de família e “normalidade”.

²⁵ A chamada adoção aberta, através da qual ainda se mantém algum tipo de relação entre os pais biológicos (Motta, 2005; Fonseca, 2006) e o filho adotado não é muito usual, justamente por contradizer o caráter de “imitação da natureza” destacado.

Como afirma Butler (1990), o sexo é um ideal regulatório materializado em práticas de controle. A norma heterossexual impõe o impensável da diferença sexual, sendo a sexualidade reprodutiva o fundamento desta norma.

A normalização da parentalidade também se relaciona com a classe social e o pertencimento racial²⁶, uma vez que há políticas de reprodução, pelas quais se define quem é estimulado a reproduzir e quem é desencorajado ou mesmo impedido. Assim, os padrões sociais de maternidade e paternidade são diferenciados de acordo com o gênero, a classe, a raça e a orientação sexual (Haraway, 1994, Hooks, 2000, Collins, 1991). Isto é evidenciado nos discursos de diversos atores e atrizes sociais no campo da reprodução assistida no Brasil.

No que diz respeito à formação triangular das famílias, sejam elas conjugais, divorciadas ou de pessoas solteiras, há, por princípio, um pai (genitor) e uma mãe (genitora) e filhos nascidos de uma união, mesmo que eventual. Ainda que não haja um pai efetivo, há sempre um pai presumido. Com as novas formas de reprodução assistida, há uma alteração significativa, abrindo margem a formações múltiplas, que podem excluir a figura do pai (o genitor não é mais necessariamente o pai) ou da mãe (a genitora pode não assumir o papel de mãe). Abre-se margem a formação de famílias biológicas de mães e pais solteiros e a casais homossexuais, rompendo teoricamente com a lógica compulsória da conjugalidade, da heterossexualidade e da filiação social baseada na ascendência biológica com um pai e uma mãe genéticos.

Assim, os temas da parentalidade não tangenciam apenas a reprodução biológica, mas também a reprodução social, isto é, o que deve ser mantido, reproduzido, continuamente inscrito e reinscrito em homens e mulheres em sociedade, através dos seus corpos.

Segundo Rapp, “reprodução” é um conceito fluido que pode significar desde a capacidade de gerar outro ser, a noções marxistas de manutenção da vida através do trabalho doméstico (trabalho tradicionalmente considerado como aquele que não gera valor) ou ideologias que suportam a continuidade dos sistemas sociais (Ginsburg and Rapp, 1995).

²⁶ Cumpre enfatizar que não houve, neste trabalho, a incorporação da perspectiva do feminismo negro (Collins, 1991; Hooks, 2000), a partir do qual se tornou problemático pensar mulheres e homens sem considerar seu pertencimento étnico-racial. Embora tivéssemos nos aproximado da discussão através de cursos e debates na Universidade de Harvard, não foi possível absorver o fundamento racializado da sociedade brasileira. Como a pesquisa originalmente não incluía a categoria raça-cor e a produção teórica sobre essa temática, tornou-se inviável incorporá-la a *posteriori*.

A reprodução a que nos referimos diz respeito à reprodução humana, relacionada às idéias e práticas relativas à fertilidade, gestação, nascimento, cuidado de crianças e inclui também as maneiras pelas quais esses elementos atuam na reprodução social e cultural.

“Utilizando a reprodução como ponto de partida da teoria social, podemos perceber como as culturas são produzidas (ou contestadas), já que as pessoas se envolvem com a criação das futuras gerações, mais diretamente, através da criação de filhos. (...) Quando estudada politicamente como um processo, a reprodução fornece uma arena para investigar e teorizar sobre a produção da cultura. Apesar da associação popular com noções de continuidade, a reprodução também oferece um terreno para imaginarmos novos futuros e transformações” (Ginsburg and Rapp, 1995:2).

Neste texto, os conflitos entre os aspectos de continuidade e ruptura, normalização e subversão, invenção e reprodução, liberdade e assujeitamento, individualismo e solidariedade, agência e poder de especialistas perpassam o olhar sobre o campo da reprodução assistida no país.

Capítulo 2 – A Pesquisa de Campo

O que estamos denominando como o campo da reprodução assistida? Trata-se de um campo no qual inovações científico-tecnológicas, futuros pais e mães, médicos/as e legisladores, feministas, bioeticistas, entre outros atores e atrizes sociais, confrontaram-se em torno de células reprodutivas, embriões ou pré-embriões congelados – possíveis filhos/as relacionados/as geneticamente ou não aos seus pais, criando ou reatualizando discursos sobre maternidade, paternidade, reprodução, direitos individuais, direitos parentais e direitos sexuais e reprodutivos, ancorados em visões determinadas sobre as relações de gênero, classe e norma heterossexual.

Neste sentido, o campo da reprodução assistida teria se desenvolvido no país a partir do ano de 1984, ano de nascimento do primeiro bebê de proveta brasileiro. No entanto, na nossa pesquisa, delimitamos para análise o período compreendido entre 1992 e 2008. No ano de 2008, foi finalizada a pesquisa.

O ano de 1992 é o marco da primeira regulação sobre as tecnologias reprodutivas, do Conselho Federal de Medicina. A Resolução Normativa do Conselho Federal de Medicina (CFM n.º 1.358/92, anexo 5) assegurou o sigilo dos procedimentos, previu o consentimento informado nos casos de fertilização *in vitro*, a limitação do número de receptores por doação e o acesso de mulheres solteiros aos ‘tratamentos’. Além disso, delimitou um prazo máximo para o desenvolvimento de um embrião fora do corpo, proibiu a redução e o descarte de embriões, permitiu a seleção embrionária (restrita à não-transmissão de doenças hereditárias graves), autorizou a doação temporária do útero entre mulheres (gestação substituta), desde que possuam parentesco até o segundo grau. Essa norma, ainda é, após 15 anos de vigência, a referência normativa no Brasil em relação a procedimentos, acesso, interdições, entre outros, uma vez que não foram aprovados os projetos de lei que se encontram em tramitação no Congresso Nacional.

O projeto de pesquisa foi definido no ano de 2000. O primeiro passo foi fazer o levantamento bibliográfico sobre as pesquisas realizadas até aquela data. Duas teses de Doutorado haviam sido elaboradas até então. A tese de Marilena Corrêa “*A Tecnologia a Serviço de um Sonho. Um estudo da reprodução assistida no Brasil*”, em 1997, no Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro e “*Desejo de Filhos e Infertilidade: um estudo sobre*

reprodução assistida no Brasil” de Rosana Machin Barbosa, em 1999, no Doutorado em Sociologia na Universidade de São Paulo.

Corrêa (2001) chamara atenção, em sua tese, que a mídia teve um papel de divulgação e publicização da reprodução assistida no país. A socióloga observou que o primeiro bebê de proveta brasileira, nascido em 1984, apenas seis anos após o nascimento do primeiro bebê de proveta na Inglaterra, foi saudado como “entrada definitiva do Brasil nessa modernidade que representa a revolução tecnológica na biomedicina” (Corrêa, 2001:11).

Apesar da visibilidade nos meios de comunicação, através de notícias regulares ou da introdução do dilema ético da barriga de aluguel em uma novela com o mesmo nome, em horário de grande audiência, a socióloga também chamou atenção que o amplo espaço de divulgação sobre o tema na mídia não foi acompanhado de debate público e de produção acadêmica. Segundo Corrêa, referindo-se a até meados de 1990, “há um grande vazio de pesquisa de caráter sociológico sobre a demanda pelas técnicas de reprodução assistida no caso brasileiro. Não se conhecem o perfil dos usuários, as representações e principais categorias de referência para lidar com a ausência de filhos, o contexto e os motivos que os conduzem a buscar essas técnicas” (Corrêa, 1997:9).

Partindo do pressuposto de que havia, então, uma invisibilidade do tema na produção das ciências humanas no Brasil, a nossa primeira proposta de pesquisa foi desenvolver uma etnografia em clínicas privadas e públicas que oferecessem tratamento para infertilidade e preencher, assim, lacunas sobre perfil dos usuários, representações da ausência de filhos, construções sociais de gênero e de ideais de família. Esta proposta não pôde ser desenvolvida por motivos que detalharemos neste capítulo.

Com a aproximação do campo, não foi observada mais a rarefação discursiva, o silêncio anteriormente identificado. Ao contrário, havia uma proliferação dos discursos e pesquisas na área de ciências humanas sobre a reprodução assistida. A partir daí nos interessou, também, na proliferação de discursos sobre o tema.

A reprodução assistida recebeu no país uma nova visibilidade na última década – entre fins de 1990 e metade de 2000 – e esse fato se refletiu inclusive na produção de pesquisas²⁷ relacionadas à temática. Em 2003, Marlene Tamanini, no Programa Interdisciplinar em

²⁷ Vale ressaltar que as pesquisas não preencheram as lacunas identificadas por Corrêa em 1997 em relação à falta de dados quantitativos e informações detalhadas sobre a aplicação das técnicas, perfil de usuários/as, utilização de gametas doados, útero de substituição, entre outros. Também, destaca-se que a maioria das pesquisadoras se defrontou com dificuldades de acesso aos hospitais, clínicas e procedimentos.

Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, apresentou a tese “*Novas Tecnologias Reprodutivas à luz da Bioética e das Teorias de Gênero: Casais e Médicos/as no Sul do Brasil*”. Em 2004, Marta Ramírez Gálvez defendeu a tese “*Novas Tecnologias Conceptivas: Fabricando a Vida, Fabricando o Futuro*”, no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp. Também em 2004, Naara Luna apresentou “*Provetas e Clones: Teorias da Concepção, Pessoa e Parentesco nas Novas Tecnologias Reprodutivas*”, no Doutorado de Antropologia Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Em 2006, Eliane Portes Vargas defendeu o Doutorado com a tese “*‘Casais Inférteis’: Usos e Valores do Desejo de Filhos entre Casais de Camadas Médias do Rio de Janeiro*”, no Doutorado em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social. Estas pesquisas se constituíram como referências fundamentais para esse trabalho²⁸, fonte de inspiração para algumas perguntas e também de exemplos empíricos²⁹ que permitiram extrapolar a experiência de campo para fazer algumas comparações.

Neste trabalho, o foco do estudo não é a tecnologia reprodutiva em si, suas características, potenciais e usos, mas os discursos suscitados sobre a parentalidade a partir da disseminação da reprodução assistida na sociedade brasileira.

Vale ressaltar que o discurso não se refere “apenas a idéias, mas também às instituições, às estruturas, às práticas cotidianas, como também aos rituais e a tudo que constitui as relações sociais. O discurso é um instrumento de ordenação do mundo, e mesmo não sendo anterior à organização social é inseparável desta” (Scott, 1998:115). Saberes e poderes se entrelaçam nas formações discursivas, nas expressões simbólicas da cultura, que não estão em oposição à base material da sociedade, como no dizer de Castoriadis (apud Swain, 2007a: 65) “as instituições não se reduzem ao simbólico, mas elas só podem existir no simbólico”.

A ‘economia dos discursos’, seguindo Foucault (2001), consiste em uma forma de pensar o poder na sua positividade, útil para identificar: as instâncias de produção discursiva (que organizam silêncios), de produção de poder (que podem ter a função de interditar) e de produção de saber (que podem fazer circular desconhecimentos sistemáticos). Tal princípio

²⁸ Tivemos contato com as pesquisadoras que estavam trabalhando na temática em congressos e conferências aonde compartilhamos inquietações e experiências.

²⁹ Cumpre observar aqui também a tese de Rosely Gomes Costa de 2001 que, embora não trate diretamente do tema da reprodução assistida, enfocou de maneira pioneira a visão dos homens sobre a infertilidade e a reprodução. Alguns dos seus informantes estavam participando de procedimentos de fertilização *in vitro* e inseminação artificial. A pesquisa foi realizada em um ambulatório de reprodução do hospital da Universidade de Campinas.

metodológico, pelo qual se deixa de atribuir silêncios a uma economia da escassez ou a um princípio de rarefação, permite compreender a formação de um tema (como a infertilidade) em discurso.

Para Foucault (1993 e 1997), a produção de saberes é intrinsecamente ligada às relações de poder. Um exemplo disso está na análise absolutamente original proposta em seus estudos sobre a loucura e a sexualidade. Enquanto aumentava a crença de que, com a sociedade burguesa, houve uma repressão dos impulsos sexuais cada vez maior e mais incisiva (com Freud e os freudo-marxistas, como Reich e Marcuse), Foucault defendia a idéia de que o poder não operava apenas através da interdição, mas que era fundamental entendê-lo na sua positividade: o poder produz real, produz o domínio de objetos e rituais de verdade, pois possui uma eficácia produtiva.

Foucault (2001) apontou que, a partir do século XVIII, os discursos sobre o sexo proliferaram em várias instâncias de poder. Houve uma incitação institucional: no confessionário, nas escolas, aumentaram os dispositivos de controle da sexualidade, ao passo que se fixou o sexo em um discurso específico, o discurso médico-legal. Inicialmente, a medicina, em seguida a psiquiatria e a justiça penal, passaram a se voltar para as perversões: “através de tais discursos multiplicaram-se as condenações judiciais das perversões menores, anexou-se a irregularidade sexual à doença mental; da infância à velhice foi definida uma norma do desenvolvimento sexual e cuidadosamente caracterizados todos os desvios possíveis; organizaram-se controles pedagógicos e tratamentos médicos; em torno das mínimas fantasias, os moralistas e, sobretudo, os médicos, trouxeram à baila todo o vocabulário enfático da abominação...” (2001:37). O saber médico-psiquiátrico-psicanalítico não apenas tratou o louco ou a sexualidade reprimida, também criou, definiu, estabeleceu a fronteira entre o normal e o patológico, a sexualidade normal e a patológica. Criou a norma.

A originalidade de Foucault (1997) consistiu em mostrar que através de um processo discursivo, estabeleceu-se um novo regime de verdade (sobre o sexo, sobre a loucura). Neste sentido, o autor nos estimula a perguntar sobre os processos conflitivos formadores dos significados – por exemplo, o conceito de homem, mulher, família, entre outros? Como os conceitos adquirem aparência de fixidez, naturalização e evidência, sejam relativos à orientação sexual ou à norma familiar? Em outras palavras, quais os mecanismos políticos de construção do significado?

Metodologicamente, adotamos a abordagem foucaultiana da “economia dos discursos” para analisar o que se fala sobre as mulheres, homens, famílias, valores, naturalização de comportamentos e atributos morais, imagens de continuidade e herança para as próximas gerações, no campo da reprodução assistida no Brasil.

A pesquisa de campo, com caráter eminentemente qualitativo, compreendeu: a realização de uma pesquisa exploratória em um hospital público, pelo período de três meses (de agosto a outubro de 2001), pesquisa em fontes documentais (principalmente, registros dos debates legislativos) e em grupo de discussão sobre tratamentos³⁰ e procedimentos médicos para contornar a infertilidade, na internet, nos anos de 2003 a 2008 através dos quais foram contactadas as pessoas que responderam as entrevistas (15 enviadas por *e-mail* e respondidas, em 2004).

A pesquisa realizada na internet se deu em parte em face das dificuldades de realizar o trabalho nos hospitais e clínicas, como era a intenção original. Foi, afinal, uma maneira criativa de driblar as impossibilidades de realização da pesquisa e, por outro lado, de assumir a concepção de Bordieu (1989) de mobilizar todas as técnicas potencialmente pertinentes e praticamente utilizáveis.

De fato, houve uma dificuldade muito grande em relação à inserção, tema tradicional da pesquisa sociológica, tal como o comenta Becker: “um problema que aflige quase todos os pesquisadores – pelo menos todos aqueles que tentam estudar, por qualquer método, organizações, grupos e comunidades no mundo real – é se inserir: conseguir permissão para estudar aquilo que se quer estudar, ter acesso às pessoas que se quer observar, entrevistar ou entregar questionários” (1994:34).

O problema da “inserção”, dificultado pelos trâmites burocráticos morosos nos Comitês de Ética de Pesquisa e pela arbitrariedade das equipes de alguns/mas médico/as que têm o poder de decidir quem deve ou não ter acesso ao hospital, com critérios pouco transparentes e éticos, comprometeu a realização e a própria duração da pesquisa.

Corrêa (1997) já havia explicitado que, na sua pesquisa para a tese de Doutorado sobre reprodução assistida, se deparara com imensas dificuldades no acesso aos médicos e às/aos usuários/as da reprodução assistida no Brasil. Essas dificuldades, recusas, impedimentos, os silêncios forçados sobre o tema foram, também nesta tese, um elemento forte em todo o

³⁰ Destaca-se que a expressão procedimentos é mais adequada em se tratando de inseminação artificial, FIV/ICSI e suas variantes, uma vez que tratamento implicaria que os/as pacientes deixassem de ser inférteis após o sucesso dos seus resultados.

processo de pesquisa no Brasil e se tornaram eles próprios alvo de análise, colocados em perspectiva e relacionados à produção do discurso sobre o tema. Como afirmou Burgess “se discutir o acesso é fundamental para o processo de pesquisa, também pode revelar ao investigador o padrão das relações sociais de um dado campo de investigação” (1997:42).

A resistência inicial encontrada para a realização da pesquisa de campo em hospital público foi justamente o Comitê de Ética em Pesquisa. Em 1988, a primeira normatização do Ministério da Saúde relacionada à ética em pesquisa envolvendo seres humanos, a Resolução número 1/88, previu a criação de Comitês de Ética em Pesquisa em todas as instituições brasileiras que realizassem projetos na área da saúde. No entanto, houve baixa adesão a essa norma. A Resolução 196/96 veio atender, de certa forma, a estas lacunas.

Atualmente, todo projeto de pesquisa envolvendo seres humanos relacionado à área da saúde deve ser aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução do Ministério da Saúde 196/96. Esta se tornou o referencial formal para a pesquisa envolvendo seres humanos no território nacional, com o objetivo é de proteger o ser humano na sua integridade, pautando-se nos princípios do respeito, beneficência, não-maleficência e justiça (Oliveira e Pinheiro, 1999).

A par dessa informação, nos dirigimos ao Comitê de Ética em Pesquisa indicado. Só essa experiência em si já daria um capítulo à parte nessa tese. Passaram-se seis meses até que o projeto fosse avaliado pela comissão que decidiria a autorização ou não da pesquisa (basicamente o ano de 2001 foi às voltas com questões burocráticas e negociações para o acesso). O procedimento regular consiste no encaminhamento do projeto de pesquisa à secretaria do Comitê, que os recebe, protocola e encaminha ao coordenador. No entanto, inicialmente, o secretário não aceitava receber os documentos. Para se ter uma idéia, um dos motivos pelo qual o funcionário não aceitou encaminhar a documentação em uma das muitas vezes que lá estive, foi porque a “folha de rosto” estava impressa em duas páginas e só poderia sê-lo em uma única página...

O protocolo exigido era adaptado às pesquisas biomédicas. As informações exigidas, entre outras, são as de: antecedentes e justificativa, registro no país de origem, em caso de drogas e dispositivos para a saúde; descrição de material e métodos, casuística, resultados esperados e bibliografia; análise crítica de riscos e benefícios; duração; responsabilidades do pesquisador, da instituição, do patrocinador; critérios para suspender ou encerrar; local de realização das várias etapas, infra-estrutura necessária e concordância da instituição;

propriedade das informações; características da população; justificativa de uso de grupos vulneráveis; número de sujeitos da pesquisa, no local e global (multicêntricos); descrição de métodos que afetem os sujeitos da pesquisa; fontes de material, coleta específica; planos de recrutamento, critérios de inclusão e exclusão; termo de consentimento livre e esclarecido: como e quem irá obtê-lo; descrição de riscos com avaliação de gravidade; medidas de proteção de riscos e à confidencialidade e previsão de ressarcimento de gastos. Informações pouco esclarecedoras para uma pesquisa na área de ciências humanas, como se percebe (ver anexo 6).

Depois dos entraves burocráticos, afinal, quando o projeto foi encaminhado para a comissão, que fez uma leitura sem rigor e sem conhecimento da peculiaridade da pesquisa em ciências humanas. Não houve cuidado e preocupação em relação à análise das implicações éticas da pesquisa. Recebemos recomendações as mais diversas sobre a pesquisa em si (por exemplo, que deveria esclarecer o que queria dizer com um termo ou outro ou que deveria escolher uma única fonte de pesquisa). Na verdade, foi entregue uma avaliação do projeto e não as recomendações esperadas de um Comitê de Ética em Pesquisa³¹. Destacamos o fato de que o parecerista era médico ginecologista. Enviamos uma carta por escrito inquirindo sobre a pertinência do parecer, no qual o limite entre a análise essencial dos aspectos éticos e a análise dos aspectos metodológico, técnico e científico do projeto, não ficaram bem definidos (conforme anexo 7). A resposta foi uma sugestão de que se retirasse o projeto daquele Comitê de Ética.

Esse processo aconteceu paralelamente à solicitação junto ao CNPq do Doutorado sanduíche. Durante o ano de 2001, mantive contato com a Pesquisadora Doutora Charis Thompson, socióloga, então professora no departamento de História da Ciência da Universidade de Harvard. Thompson³² havia escrito a tese de Doutorado sobre reprodução assistida nos Estados Unidos e lecionava no departamento uma disciplina sobre população e reprodução em perspectiva transnacional e, outra, específica, sobre impactos sociais das novas tecnologias reprodutivas. Após conversas por *e-mail* e a aprovação do meu projeto, solicitei o ingresso como *visiting researcher* no seu departamento. Esse foi outro processo que

³¹ A esse respeito ver o artigo de Oliveira (2003) no qual questiona a resolução 196 do Ministério da Saúde, que regula a ética em pesquisa com seres humanos. A autora entende que há um biocentrismo, isto é, uma visão local biomédica sobre a prática de pesquisa e sobre a ética na prática de pesquisa.

³² Thompson é mais conhecida no Brasil pelo seu sobrenome de solteira Coussin. A maior parte das citações de pesquisadores/as que encontramos foi referente às pesquisas realizadas ainda com aquele nome.

demandou um esforço enorme, pois não se tratava apenas de atender às demandas institucionais e burocráticas do CNPq para o Doutorado sanduíche, mas havia todo um procedimento da Universidade de Harvard para o ingresso de alunos/as como *visiting researcher*. Após esse processo, fui aceita para cursar o ano letivo de 2002, como pesquisadora visitante, no departamento de História da Ciência da Universidade de Harvard.

O ano de 2001, que precedeu a ida para os Estados Unidos, foi um ano extremamente árduo, pois foram vários processos encaminhados ao mesmo tempo, que absorveram muito tempo. Em setembro de 2001, já dispondo da aprovação do CNPq e da Universidade de Harvard para a ida no início do ano seguinte, iniciei um piloto da pesquisa, já com autorização expressa da equipe médica do local, enquanto aguardava a autorização (que tinha como garantida) no Comitê de Ética.

A pesquisa, que durou mais ou menos três meses, acabou sendo a única fonte de dados *in loco*. Em seguida recebi o parecer já mencionado (que solicitava a retirada do projeto da análise daquele Comitê) e na volta dos Estados Unidos, quando tentei retomar o trabalho de campo no hospital, recomecei o processo em outro Comitê de Ética (anexos 8 a 12), no qual obtive aprovação, mais ou menos após três meses de idas e vindas do projeto. No entanto, desta vez, de posse da autorização do CEP, não houve boa acolhida pela coordenação do programa de reprodução assistida.

Embora tenha esclarecido que a tese não identificaria a instituição pesquisada, com vistas a garantir o sigilo e a independência em relação aos temas discutidos, a orientação recebida quando tentei recomeçar a pesquisa foi de que pesquisadores/as só seriam aceitos/as no estabelecimento se manifestasse por escrito o compromisso de agradecer nominalmente à direção do hospital e do programa específico. Ainda fui informada de que a partir da entrada na instituição, me comprometeria a acrescentar o nome dos médicos/as, como co-autores, em artigos, porventura, publicados sobre a pesquisa. A frase do diretor do programa “eu disponho do material humano sem o qual você não faz a sua pesquisa” foi ouvida por mim com incredulidade.

A partir daí, desisti de pesquisar no hospital e a priorizei outras formas de acesso aos discursos relacionados ao campo da reprodução assistida e especificamente às mulheres que procuram tratamento. Ao fim, a pesquisa piloto foi fundamental para a construção da problemática da tese e, inclusive, para redefinir algumas questões teóricas da pesquisa.

Duarte destacou, no prefácio da publicação da tese de Luna, os problemas similares em relação à exigência de critérios e procedimentos das pesquisas da área biomédicas para as pesquisas de ciências humanas: “em primeiro lugar, a pesquisa de cunho sociológico, antropológico em meio médico se tornou refém dos procedimentos do ‘consentimento esclarecido’, originalmente concebidos para o indispensável controle da experimentação biológica ou médica com seres humanos. Essa absurda extensão das exigências cabíveis em pesquisas que podem ter implicações diretas sobre a saúde e o bem-estar dos ‘nativos’ para pesquisas que apenas se nutrem das informações voluntariamente fornecidas por eles ameaçam severamente – pelo menos em função do retardamento burocrático que implicam – o trabalho das ciências sociais no trato de cruciais questões que envolvem o aparelho da biomedicina ocidental” (Luna, 2007b:8).

Nos Estados Unidos, além da ampla pesquisa bibliográfica, também foi realizada uma pesquisa de campo, cuja experiência permitiu demonstrar que é possível receber as recomendações (e a aprovação ou não) de um Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade em dois dias. Foram realizadas 6 entrevistas com mulheres que tinham experiências diversificadas com reprodução assistida (inseminação artificial, inseminação heteróloga, inseminação com sêmen de doador, fertilização *in vitro* heteróloga com sêmen e óvulo doado).

A pesquisa de campo nos Estados Unidos não foi incorporada à tese senão como um pano de fundo para suscitar algumas reflexões. A extensão da pesquisa em relação ao Brasil já é suficientemente ampla e as dificuldades de um trabalho comparativo dessa ordem são realmente desanimadoras. O campo da reprodução assistida nos Estados Unidos é um mundo em que valores culturais muito diferenciados estão envolvidos, os quais não faziam parte das preocupações da pesquisa. A extensão da área reprodutiva vinculada às novas tecnologias reprodutivas é também muito larga, inviabilizando um estudo comparativo nestes termos.

Cursamos duas disciplinas com a orientadora estadunidense, Charis Thompson, Reprodução Assistida: Identidade, Ciência e Política e Raça e Ciência (construção social da noção de raça pela ciência) e, um terceiro, no departamento de Estudos de Mulheres, *Women's Studies* – Corpo e Limites, com Katherine Park. A experiência, como um todo, foi muito enriquecedora para a pesquisa. O contato propiciado com uma bibliografia ampla de estudos culturais: raciais, feministas e, específicos, sobre reprodução assistida foi instigante. Também tivemos a oportunidade de conhecer uma bibliografia sobre pesquisas sociológicas

no espaço virtual. Esta bibliografia acabou sendo de utilidade extrema, considerando que, ao nos depararmos mais uma vez com os percalços da pesquisa, decidimos explorar o campo virtual.

2.1 A Pesquisa no Ciberespaço

“Muito obrigada por existirem, muito obrigadas pela força! Bendita hora que resolvi escrever e não mais ficar lendo e com medo de escrever. Vou dormir bem mais feliz hoje por ter me dado essa chance de conhecer vocês. Que todas nós consigamos os nossos tão sonhados bebês e as que estão grávidas que sempre nos contem como está tudo pra que a gente continue tendo a certeza e a esperança que nossa hora vai chegar. Que Deus ilumine todas nós!” GD

O espaço virtual foi imprescindível não apenas porque por meio dele nos desprendemos de algumas injunções sociais relacionadas ao campo: o poder médico sobre as informantes, as negociações com a equipe médica sobre que tipo de informações e como poderiam ser descritas ou ainda constrangimentos relativos à forma como éramos introduzidas (ou não) aos/às informantes. Também foi possível acompanhar debates sobre temas mais delicados (como gametas doados) que o caráter anônimo da *net* facilita.

A tese deixou de ser confinada ao espaço da instituição hospitalar e a uma região específica, para explorar caminhos no mundo virtual, tão socialmente demarcado, como o mundo considerado real, como se verá.

Uma vez que as interações sociais têm, de maneira crescente, se realizado em espaços sociais virtuais, entende-se como imprescindível, para as ciências sociais, a aplicação e o desenvolvimento de metodologias de trabalho de campo no espaço virtual.

Enfatizamos que a necessidade de nos apropriarmos da vida social virtual não se dá apenas naqueles contextos em que o anonimato é requerido ou que a dificuldade de se acessar os/as informantes é determinante para o acesso aos entrevistados (fator que nos conduziu a esta alternativa de pesquisa), mas também e principalmente porque as novas tecnologias de comunicação são, nos dias de hoje, um espaço de interação social por excelência.

No entanto, o espaço virtual em si não é o objeto da nossa pesquisa. Foi introduzido como um *locus* em que circularam discursos de mulheres (predominantemente) em tratamento, ou considerando tratamento, para contornar a infertilidade. Como consequência da delimitação do objeto de pesquisa, questões sobre continuidades e rupturas relacionadas a essa

nova forma de relacionamento interpessoal não são desenvolvidas³³ na tese. Assim, esclarecemos que foi realizada uma etnografia na internet e não da internet.

Woolgar citado por Freitas (2003), por sua vez, sugeriu a *Etnografia da Internet* como o método ideal para se estudar detalhadamente a maneira como a tecnologia é experimentada, vivida e utilizada. Tal frase é destacada apenas para que se contraste sua proposta com a nossa: a internet como um meio e não como um objeto de interesse em si.

A etnografia virtual compreende a extensão dos princípios da etnografia clássica para o campo virtual, ou seja, a imersão do pesquisador por um período de tempo no campo virtual com o objetivo de investigar as atividades, relações e significados daqueles sujeitos sociais que participam de comunidades virtuais. “A etnografia virtual implica, portanto, realizar uma pesquisa *sobre* atores que interagem em um espaço *dentro* desse mesmo espaço” (Freitas, 2003).

No entanto, as interações face-a-face são substituídas por interações mediadas pelo uso do computador e o campo não pode ser situado em espaço físico específico. Quão longe estamos dos tempos de Malinowski chegando solitário nas aldeias trobriandesas... E como pensar na “descrição densa” geertziana no espaço virtual, no qual as piscadelas são substituídas por outros códigos?

Como afirma Clarke (2000) “novos modos de acessar e contatar os entrevistados devido às novas tecnologias colocam aos pesquisadores a necessidade de revisitar conceitos como entrevista, sujeito, campo e consentimento informado”. Todas essas questões perpassaram a pesquisa, uma vez que foi realizada observação em um grupo de discussão virtual e foram enviadas perguntas em formato de entrevista (não de questionário, como seria usualmente considerado) para 15 sujeitos de pesquisa. A pesquisa no espaço virtual durou em torno de cinco anos, de 2003 a 2008.

Há um debate sobre qual deve ser a extensão e a profundidade de uma pesquisa para torná-la uma etnografia virtual. Alguns autores reforçaram o papel da etnografia em detalhar o dia-a-dia da comunidade, enquanto outros enfatizaram a habilidade do/a etnógrafo/a com um olhar de estranhamento para colocar em questão pressupostos culturais. O consenso nesse

³³ A esse respeito ver Hine (2000) que apresenta o debate sociológico sobre o mundo virtual dividido em três grandes posições: a corrente que entende as novas tecnologias de comunicação como o desenvolvimento máximo da sociedade moderna e seus pressupostos de racionalidade e controle; os que as relacionam à expressão fragmentária pós-moderna e, por fim, aqueles que colocam estas novas tecnologias como agentes de uma mudança tão radical na organização social que estariam sendo responsáveis pela inauguração de uma nova era: a chamada sociedade da informação.

debate consiste na percepção de que o/a etnógrafo/a envolve-se no campo, tornando-se tão familiarizado com os/as pesquisados/as que adquire um entendimento profundo de suas práticas e significados culturais (Hine, 2000). O fato de um/a pesquisador/a simplesmente ler alguns *e-mails* ou participar de salas de bate-papo não pode ser considerado uma etnografia, se entendermos a etnografia como um método qualitativo, interpretativo e denso.

A interação é algumas vezes destacada na etnografia virtual. Nesta pesquisa, entretanto, esta interação com o grupo em si não foi o mais importante, compreendendo basicamente a apresentação e anúncio da pesquisa e a troca de *e-mails* e eventuais conversas no *msn* com algumas mulheres que se dispuseram a participar (participação que não acontecia no espaço público do grupo virtual pesquisado). Assim, se consideramos o critério da interação, a pesquisa não poderia ser considerada etnográfica. Mas, se consideramos a extensão no tempo, e sua densidade, o que possibilitou a percepção de várias nuances e a compreensão dos vários significados que circularam no grupo, poderíamos afirmar que sim, ela foi uma pesquisa etnográfica virtual. Sugerimos a categoria de pesquisa virtual a outros métodos de pesquisa aplicados no espaço virtual que não necessariamente etnográficos.

A etnografia virtual tem sido aplicada na última década e já existe considerável bibliografia sobre tais experiências. Esta forma de pesquisa apresenta características específicas em relação aos métodos disponíveis antes da disseminação da rede mundial de computadores, tais como o contexto textual e não-físico, a possibilidade de acesso à interação entre as pessoas, o acesso a arquivos permanentes, dada a viabilidade de se manter gravada e arquivada a informação. Além disso, são destacadas as vantagens relacionadas à baixa intervenção do pesquisador – se comparada a experimentos, grupos focais e entrevistas – além do baixo custo e da otimização do tempo.

As limitações da etnografia virtual, por sua vez, se relacionam a sua capacidade limitada de oferecer descrições detalhadas e ricas das comunidades (as quais não são comunidades locais no sentido estrito, geograficamente situadas) e obter informações confiáveis sobre os/as informantes, além do alcance limitado em termos de classe social, nos casos em que a inclusão digital da população ainda é baixa e desigual, como é o caso do Brasil.

É possível que haja a identificação social deste campo, a partir da análise de determinadas regularidades. Embora se fundamente em bases muito mais fluidas do que um espaço físico propriamente dito, no qual podemos inferir pertencimentos como classe social,

sexo, idade, etc, o espaço virtual, de uma maneira ou de outra, não prescinde desses marcadores sociais³⁴. E, principalmente, não prescinde de ser um espaço de construção de significados culturais. Basta observarmos as divisões “geográficas” em grupos de idade, ou em grupos marcados pela orientação sexual ou ainda por uma preferência por um comportamento sexual específico.

Uma das primeiras vezes que participamos de um *chat*, a pessoa, que se identificou como um homem de 25 anos e outras características físicas das quais não recordo, perguntou prontamente qual era o meu peso. Ou seja, antes de dar continuidade a qualquer tipo de comunicação, era necessário saber sobre essa característica física e nós dois sabíamos qual “deveria” ser. Independente da possibilidade de se criarem identidades falsas, o fato é que o marcador está lá e ninguém tem dúvida de qual é ele. Esta foi uma experiência banal que, no entanto, tornou evidente para nós que o sujeito social virtual é exatamente isso, um sujeito social, tão envolvido com sua cultura, como qualquer outro.

Como no dizer de Freitas “características políticas, sócio-culturais – e todas as demais constituintes da identidade de um indivíduo em seu ambiente concreto, físico – são transpostas para a realidade virtual e passíveis de verificação mediante métodos adequados para tal, como a etnografia virtual propõe” (2003:117). Esses métodos vêm sendo desenvolvidos em face da expansão do número de usuários/as da rede mundial de computadores.

No entanto, um dos problemas ao se aplicar um método novo de pesquisa, o caso desta tese, um método que não foi aprendido nos cursos de graduação ou pós-graduação, nunca teve uma experiência anterior com ele e dispõe de poucos exemplos, principalmente, no seu próprio país, é que você tem que aprender o método ao mesmo tempo em que o aplica. Isso representa uma quantidade de tempo considerável e uma boa dose de inventividade. Por exemplo, quando tivemos contato com um autor que sugeria um caderno de notas de campo da observação virtual, já tínhamos realizado praticamente toda a pesquisa. E também demoramos um bom par de anos para desenvolver um programa que facilitasse o arquivamento das mensagens por *e-mails* e por ordem cronológica.

O fato é que aceitamos o desafio, pois consideramos mais útil e pertinente realizar a pesquisa, ela própria uma experimentação e um tipo de pesquisa que se tornará cada vez mais

³⁴ A pesquisa virtual, entretanto, apresenta dificuldades específicas para se trabalhar com a categoria de pertencimento racial. Aponto essa questão sem qualquer intencionalidade de apresentar sugestões e possíveis estratégias.

imprescindível nas ciências sociais, do que perder a oportunidade por não dispor de antemão de modelos padronizados. Ademais, não havia muitas alternativas, depois da experiência com o comitê de ética e com os profissionais, conforme já explicado anteriormente. Não dispúnhamos mais de tempo, nem recursos para dar continuidade à pesquisa.

Assumimos literalmente nesta experiência o conceito de sociedade de risco de Giddens – que permeia todo o campo do trabalho até chegar ao próprio trabalho de campo, o método mesmo da pesquisa. Uma sociedade de risco é uma sociedade em que a relação com a tecnologia nos conduz a situações imprevisíveis e nas quais há poucos parâmetros a se seguir. Lembramos que o risco não é necessariamente negativo ou perigoso. É também uma oportunidade para se criarem novas alternativas e modelos.

Assim, uma das maiores contendas em relação ao trabalho no espaço virtual é o fato de que não existe clareza se esse espaço é privado, público e se deveria se obter o consentimento informado das pessoas no ciberespaço. Assuntos relacionados à ética de pesquisa, como a garantia da privacidade e da confidencialidade, não ficam bem definidos nessa nova experiência social (como de resto também são assuntos alvo de contendas e dissensos no espaço físico).

Por essa questão ainda ser controversa na comunidade científica internacional e por não dispormos de parâmetros éticos claros no Brasil em relação à pesquisa no ciberespaço, optamos por manter sigilo sobre o grupo pesquisado, assim como aos demais espaços de pesquisa. Não se solicitou consentimento informado dos/as pesquisados/as, embora o *e-mail* de apresentação já tenha indicado que o espaço estava sendo alvo de pesquisa. Assim, embora tenha havido anúncio de que a pesquisa estava sendo realizada, não havia a garantia de que todas as participantes a acessaram, devido à volatilidade do grupo.

As interações mediadas pelo computador, passíveis de serem estudadas pela pesquisa de campo, são classificadas em não-sincrônicas e sincrônicas. As primeiras se referem a *e-mails* para entrevistas individuais, listas de discussão, fóruns, entre outros. As sincrônicas são os *chats* e recursos como *msn*, etc. A maior parte da pesquisa foi realizada de maneira não-sincrônica, pois o grupo virtual de que tratamos aqui não dispunha do recurso de *chats* e similares.

Em relação às formas de mapear o grupo pesquisado, começamos pela identificação das características mais gerais dos/as usuários/as da rede mundial de computadores, em seguida apresentamos um perfil mais específico do grupo alvo da tese.

No Brasil, os/as usuários/as da internet são cerca de 39 milhões, segundo os dados da ONU, o que o coloca como sexto maior usuário da rede no mundo se considerados o total de população que acessa a rede. No entanto, apenas 21% da população brasileira está conectada à internet. O perfil dos/as usuários/as no país foi apresentado pela Pesquisa sobre o Uso das Tecnologias da Informação e da Comunicação no Brasil – TIC Empresas e TIC Domicílios, realizado pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil em 2006. De maneira geral, os resultados da pesquisa indicam que houve avanços em relação à posse e ao uso das tecnologias da informação e da comunicação no país, entretanto, os fatores socioeconômicos continuam determinando o acesso à internet no país: a população de regiões mais ricas, próximas aos centros urbanos, com nível de escolaridade mais alta e mais jovem tem mais acesso à infraestrutura de telecomunicações e aos serviços da rede.

Apenas 19% dos domicílios possuem o computador de mesa (*desktop*). As regiões Sul e Sudeste ficam acima da média nacional com 24,6% e 24,2% dos domicílios com computador, respectivamente. O Nordeste apresenta a penetração mais baixa: apenas 8,5% dos domicílios possuem computador. O uso do computador é fortemente influenciado pela classe social, pela renda e pela escolaridade: quanto mais alta a classe, a renda e o nível de instrução, maior a proporção de uso. Quase a totalidade da população que pertence à classe A, 96,6%, é usuária de computador, enquanto entre as pessoas das classes D e E, que reúne grande parte da população brasileira, a penetração do equipamento é de apenas 23,4%, e na classe C, de 54,4%. Nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste o percentual de uso está em torno de 50%, enquanto na região Nordeste, somente 34% das pessoas o utilizam.

A internet está presente em 14,49% dos domicílios brasileiros pesquisados em 2006. Mais uma vez as residências das regiões Sul e Sudeste apresentam um percentual de acesso superior à média nacional, com 16,9% e 18,7%, respectivamente. O Nordeste, com 5,5%, continua sendo a região que possui a menor proporção de domicílios com acesso à rede, acompanhando os indicadores de posse de computador.

O número de mulheres e homens no Brasil usuários/as é de 51% e 49%, respectivamente, em 2005, segundo dados do IBGE.

Os dados apresentados nos permitem inferir sobre o perfil dos grupos de discussão na internet no país. Assim, a metodologia da pesquisa em si já fez um filtro nas pessoas envolvidas. No caso do grupo de discussão referido, que tratava especificamente sobre temas

relacionados à infertilidade, os/as participantes eram de camadas altas e médias³⁵, de centros urbanos, com maior concentração na região sudeste. A faixa etária variava de 22 a 48 anos, no entanto, a maioria se concentrava entre 32 e 42 anos. A peculiaridade do grupo, em relação ao perfil geral de usuários/as da internet, é de ser composto majoritariamente por mulheres³⁶.

O desenvolvimento de métodos de pesquisa para o ciberespaço tem sido útil para a identificação e o mapeamento de redes. Nesta pesquisa, foram identificadas redes relacionadas às dificuldades para engravidar, à infertilidade ou ao “sonho de ter um filho” (biológico ou não). No entanto, foi priorizado um único grupo de discussão, o grupo sobre infertilidade, o mais antigo que se manteve aberto ao público. É bom se chamar atenção para o fato de que na categoria do grupo que incluía mulheres envolvidas com ‘tratamento para engravidar’ participavam mulheres com histórico de abortos de repetição, as que estavam apenas começando o diagnóstico, faziam indução de ovulação, tratamento de inseminação artificial e outros tratamentos de baixa complexidade e além das envolvidas em tratamentos mais complexos de fertilização *in vitro* (algumas com a técnica de introdução intracitoplásmica de espermatozoides, ICSI).

O grupo que discute infertilidade surgiu no ano de 2002. É um dos grupos mais frequentados do seu provedor. Isto nos permitiu consolidar um *corpus* considerável de pesquisa: mais de 2 mil mensagens enviadas para o grupo foram armazenadas e analisadas.

Desde 2002, centenas de mulheres e pouquíssimos homens, de várias regiões do país, acessaram o grupo, embora a maioria residente no sudeste, evidenciando a desigualdade de acesso às novas tecnologias (sejam elas reprodutivas³⁷ ou ‘informacionais’), que por sua vez é representativa da desigualdade regional no país. Eventualmente, mulheres brasileiras que residem fora do Brasil e algumas portuguesas também participaram das discussões.

A pesquisa virtual possibilitou o acesso a sujeitos de pesquisa de várias regiões do país, ainda que a concentração fosse inequívoca de mulheres do sudeste. Esse fator enriqueceu

³⁵ Mais uma vez nos deparamos com a mudança de rota da pesquisa, pois a etnografia no hospital público daria acesso a um público de camada popular e média. As inferências que utilizamos neste trabalho sobre as camadas baixas se baseiam na pesquisa exploratória no hospital público.

³⁶ Segundo pesquisa da Fundação Perseu Abramo, ao final de 2001, 28% das mulheres tinha usado computador - 9% afirmaram usar sempre e 19% disseram ter usado algumas vezes - contra 72% que nunca tinham usado, sendo que 10% não tinham sequer visto um computador de perto. Em relação à rede mundial, apenas 14% tinham usado (9% algumas vezes, 5% usavam sempre), sendo que 30% afirmavam ainda não saber o que é a internet (Venturi, 2004).

³⁷ A maior parte das clínicas, especialmente as que oferecem procedimentos gratuitos, encontra-se no Estado de São Paulo.

o conteúdo da pesquisa, viabilizando o acesso a entrevistadas que não participariam da pesquisa se realizada na forma tradicional.

O grupo é aberto, não apresentando senha ou exigência de apresentação para se fazer parte dele. As condições de participação são apenas as concordâncias com os termos³⁸, relativas principalmente à proteção dos conteúdos, ao caráter não-comercial e à vedação a mensagens racistas e discriminatórias. Muitas pessoas mencionaram a condição de que acompanhavam o grupo sem fazer intervenções freqüentes e o fato de haver um grande número de “observadores/as” não parecia se constituir um problema para o grupo. A participação masculina é reduzidíssima, praticamente nula, o que é significativo no sentido de que a reprodução, mesmo nas circunstâncias em que o casal se encontrava ativamente envolvido no tratamento enquanto casal, ainda é vista como “assunto de mulher”. Não encontrei nesses anos pessoas que estivessem envolvidas em acordos de útero de substituição, apesar de se terem veiculado as notícias que circularam na imprensa naquele período.

Fiz observação assiduamente no grupo, desde o ano de 2003, acessando o *site* com regularidade, pelo menos, três vezes por semana. Ao apresentar no grupo o interesse em pesquisar, naquele ano, obtive resposta favorável de várias pessoas e nenhum comentário desfavorável. Além disso, algumas mulheres se dispuseram a responder o roteiro de perguntas enviado para seus *emails*. Por outro lado, havia tido uma experiência nada animadora nos Estados Unidos, onde, ao me apresentar em um grupo de discussão semelhante como uma “*brazilian researcher*” recebi comentários xenófobos e agressivos.

Aqui, ao contrário, tive ótima recepção, o que representou tranquilidade para dar continuidade à pesquisa no grupo, embora sabendo que as pessoas não eram as mesmas encontradas nos anos de 2003, 2004 e 2005 e que muitas delas desconheciam (e desconhecem) a pesquisa. Em 2007, houve nova apresentação no grupo sem muito retorno, nem positiva, nem negativamente.

³⁸ Eis os termos apresentados no site: “trata-se de um espaço público que objetiva o estímulo ao debate de idéias. Sua utilização requer do participante a aceitação das regras abaixo: Não serão permitidas, e poderão ser excluídas pelo provedor sem prévio aviso, as mensagens: que violem qualquer norma vigente no Brasil, seja municipal, estadual ou federal; com conteúdo calunioso, difamatório, injurioso, racista, de incitação à violência ou a qualquer ilegalidade, ou que desrespeite a privacidade alheia; com conteúdo que possa ser interpretado como de caráter preconceituoso ou discriminatório a pessoa ou grupo de pessoas; com linguagem ou imagem grosseira, obscena e/ou pornográfica; de cunho comercial e/ou pertencentes a correntes ou pirâmides de qualquer espécie; que caracterizem prática de spam; anônimas ou assinadas com e-mail falso; fora do contexto do grupo escolhido”.

A abertura do grupo lhe dá características muito específicas. Há grande volatilidade, uma vez que são muitas as pessoas que participam eventualmente, apenas para tirar uma dúvida específica ou receber recomendações sobre médicos e clínicas. Há também grande garantia de anonimato, devido ao fato de que não é necessária a identificação. Nos grupos virtuais fechados, a identificação é exigida, e, ainda que a pessoa forje uma outra identidade, é necessário que apresente um *e-mail* válido e número telefone para serem checadas as informações.

Muitas pessoas se manifestaram com outros nomes e *e-mails*, o que lhes permitiu discutirem questões que provavelmente não apresentariam, caso fossem ou tivessem o risco de ser identificadas, principalmente em relação à utilização de células germinativas doadas. As vantagens da pesquisa virtual pareceram superar as suas desvantagens, ainda mais considerando o interesse nos temas da doação de gametas, que é muito pouco desenvolvido quando as pessoas são identificadas.

Embora se tenha realizado acompanhamento do fórum ao longo desses cinco anos, só foi sistematizada a fala de participantes dos anos de 2006 a 2008, devido ao desenvolvimento de um programa para fazê-lo. Nos anos de 2003, 2004 e 2005, as mensagens foram armazenadas de forma não sistemática e por temas. Estas foram copiadas, coladas e arquivadas, segundo as questões de interesse para a pesquisa: adoção, doação de óvulo, compartilhamento de informações com outras pessoas, participação dos homens no processo, banco de sêmen, entre outros temas de interesse para a pesquisa.

Foi desenvolvido, em 2006, um programa que agrupou todas as mensagens postadas, por *e-mail*. Essa metodologia permitiu se criar um “histórico” de cada participante do grupo, uma vez que todas as suas mensagens dos anos 2006 a 2008 ficaram dispostas em ordem cronológica.

A partir dessa análise, observou-se que uma parte das centenas de mensagens acumuladas era de destinatários eventuais, ou de pessoas que postavam perguntas específicas usando nomes e *e-mails* fictícios. Assim, foi possível construir um histórico e uma caracterização mais detalhada do perfil social de 30 pessoas. Essa metodologia minimizou possíveis distorções da identidade de participantes, pois eliminou um número expressivo de mensagens anônimas ou eventuais. Destas, foram principalmente consideradas as que tratavam de uso de célula reprodutiva doada.

Foi importante o cruzamento das informações das duas maneiras, por temas, através do qual era possível identificar e acompanhar os debates e polêmicas, quem conversava entre si, quem respondia, (sendo maior a tendência de se aproximarem pessoas passando pelos mesmos tratamentos, trocando informações detalhadas sobre estes) e, ainda, o arquivamento de mensagens por *e-mail*, que permitiu também traçar maior identificação do perfil de usuárias. As mensagens de 2004/2005 já estavam agrupadas por temas, mas as de 2006/2007/2008 puderam ser organizadas das duas formas.

Uma grande parte dos depoimentos sobre circulação de material reprodutivo foi postada anonimamente. Isto é, ainda que a pessoa participasse efetivamente do grupo e trocasse informações, não revelava que fazia tratamento com gameta doado. Esta pessoa entrava com outro nome para discutir especificamente o tema. Algumas, inclusive, deram o depoimento sobre o fato de terem conseguido engravidar e ter o bebê com óvulo doado e avisaram que estavam entrando com outro *e-mail* e nome para dar postar a mensagem no grupo. Nesse sentido, embora se tenha um perfil geral das usuárias, optou-se por identificar a fala das mulheres como GD (grupo de discussão), à exceção daquelas que nos concederam a entrevista.

A realização de entrevistas com algumas das mulheres participantes do grupo foi fundamental também para contribuir na reiteração das características anteriormente identificadas no processo de observação. Foram incluídas questões que auxiliavam na identificação sócio-econômica das mulheres, além daquelas que esclareciam sobre valores e significados envolvidos nos ‘tratamentos para engravidar’, como estas denominavam sua vivência para contornar a infertilidade. Os nomes das mulheres foram alterados para garantir o sigilo das entrevistadas.

Os erros ortográficos e de acentuação foram revistos³⁹ para tornar o texto mais fluido, as abreviações, muito comuns nesse tipo de comunicação, foram, no entanto, mantidas.

Três anos depois do início da pesquisa percebemos que o grupo se renovou em grande parte, pois são poucas as pessoas daquele período que ainda mantém regularidade na participação, seja porque muitas migraram para grupos privados, seja porque engravidaram, adotaram ou desistiram do tratamento.

³⁹ Erros ortográficos são marcadores importantes no grupo. Em caso de ofensas, por exemplo, vinham à tona argumentos que colocavam em dúvida a instrução de uma pessoa que escreve erros crassos de português. Ou seja, a observância à norma culta é elemento de distinção no grupo. O pertencimento de classe social é observado a partir da forma da escrita.

O grupo tem a função de criar uma rede de solidariedade e apoio para pessoas que estejam vivenciando alguma condição relacionada à infertilidade ou aos procedimentos para engravidar, além de favorecer a troca de informações sobre medicamentos, ‘tratamentos’ e custos, clínicas e profissionais.

“Seja bem-vinda ao grupo!!! Aqui nesse bate-papo encontramos conforto e companhia de mulheres que estão passando pela mesma situação nossa e que tem o mesmo objetivo de sermos mães. (...) Fique tranqüila, tudo vai dar certo!!!!!! Pense que você está fazendo o que está a seu alcance pra realizar o seu sonho e TUDO vale a pena. Pense assim e vá decidida e confiante!” GD.

Um dos papéis fundamentais do grupo é manter as pessoas otimistas em relação aos ‘tratamentos’ e, assim, estimular as participantes que realmente continuem suas tentativas médicas, como expresso na fala abaixo.

“Parabéns pela gravidez e muito obrigada pelo seu depoimento. Sem dúvida, serve de estímulo para que nós jamais desistamos do nosso sonho. Beijos.” GD

Neste sentido, uma boa parte das mulheres se retira do grupo quando desiste dos ‘tratamentos’ ou alcança seus objetivos, seja engravidar e ter um filho ‘biológico’, seja adotar. Não encontrei nesse tempo nenhuma mulher que tenha resolvido viver sem filhos, fato mais comum nos Estados Unidos. Ou nenhuma assim se expressou no grupo. Até afirmavam que deixariam, a partir daquele momento em que se despediam, o futuro “nas mãos de Deus”, o que é diferente de se decidir por uma vida sem filhos/as.

A manutenção de algumas mulheres que são bem sucedidas nos ‘tratamentos’, especialmente nas FIVs/ICSI, é a chave para a dinâmica do espaço. Elas se tornam referências fundamentais, a prova incontestável de que é possível se atingir o resultado desejado (a gravidez, o/a filho/a). Estas mães tornam-se uma espécie de mentoras das demais e as mantém estimuladas a novas tentativas. Por muitos anos, uma das minhas entrevistadas (Ingrid) foi essa mentora e também se tornou uma informante chave. As mentoras lembram continuamente às demais das dificuldades por que passaram, os inúmeros ‘tratamentos’, obstáculos e sofrimentos a que se submeteram para conseguirem ser mães ‘biológicas’. O depoimento que se segue é típico de um fala chave no grupo:

“Sou participante deste grupo (cantinho sagrado) desde 2004. Quando tive a sorte de achar esse lugar eu estava desesperada sem esperança achando que só eu tinha a dificuldade de engravidar, aqui encontrei apoio POSITIVO etc. Tenho hoje 39 anos. Quando comecei a

tentar engravidar estava com 34 anos, fizemos todos os tipos de exames: HSG, US, FSH, Laparoscopia, Histeroscopia etc. Meu marido também fez todos os exames e deram normais. A única coisa que acontecia era a bendita menstruação vir todo santo mês. Nesse período que comecei a batalhar para engravidar morávamos em São Paulo, justo nesse momento, meu marido ganhou um trabalho pra vir morar e trabalhar aqui na África... Tivemos que aceitar, e tentar conhecer aqui os especialistas de fertilidade daqui... Quando chegamos aqui visitamos a única clínica de fertlity, nossa!!! Saí de lá arrasada, vi que não tinha a menor condição de começar um tratamento aqui... Estava acostumada com as clínicas aí de São Paulo rrsrrs... Voltamos à estaca zero!! Eu e meu marido conversamos e chegamos um acordo, ele ficava aqui e eu ia pra São Paulo 2x por ano, pra fazer o tratamento (nesse caso é importante ter um marido compreensivo). E assim foi, tivemos que congelar o sêmen do meu marido. Assim foram 4 anos de tratamento, 2 inseminações, 3 ICSI, muitos negativos, muitas decepções, muitos choros, 2 abortos. Fiquei grávida de gêmeos da terceira ICSI de 3 embriões congelados...Uma benção na nossa vida. Mas nesse período tive que ouvir muitas besteiras, como por exemplo: Ah! Talvez você veio ao mundo pra não ser mãe, Ah! pra que você quer filhos se tem tantos sobrinhos? Por que vocês não adotam? É mais barato! Até o taxista que sempre me levava nessa clínica, deu palpite: você não acha que está velha pra querer engravidar?? Meninas, essas palavras jamais temos que falar pra uma mulher que quer engravidar!! Mas eu me fingia de surda. Segui minha intuição, e meu médico ele é muito POSITIVO, muito profissional. Outra coisa que vocês têm que tirar da cabeça: essa palavrinha "infértil". Quando eu entrei aqui uma colega muito positiva me disse, tira definitivamente essa palavra da cabeça. Temos problemas pra engravidar. Olha sei tudo que vocês estão passando. Sei que é difícil, mas tenham esperança, pois é muito bom pra o tratamento...Bom amigas GUERREIRAS, hj estou aqui com meu casal de gêmeos, na próxima semana eles completam um aninho."GD

A categoria nativa, pela qual as participantes de grupo se definem, é de “tentante”, categoria que retira qualquer conotação física limitadora ou menção à infertilidade⁴⁰. À exceção das mentoras, isto é, as mulheres que já conseguiram ser mães, principalmente engravidando, mas também adotando, todas as demais são *tentantes*. Elas também estimulam a persistência umas das outras, embora a mentora tenha mais legitimidade para fazê-lo, uma vez que foi ‘vitoriosa’. Toda a gramática do grupo está relacionada a esse vocabulário de luta, obstáculos, dor, tentativas, superação, recomeço e vitória. Assim, a responsabilidade feminina pelo sucesso do tratamento torna-se muito grande, pois diz respeito ao alcance do objetivo máximo nesse universo: gerar um/a filho/a.

Chamou atenção também na fala dessa informante o comentário de que ‘é importante ter um marido compreensivo’, segundo a qual podemos deduzir que ele não estaria tão

⁴⁰ Vargas também observou essa percepção entre seus informantes: “‘Tentar engravidar’ e ‘esperar pela gravidez’ são expressões recorrentes dos entrevistados. Não se observou nenhuma autodescrição dos indivíduos como ‘inférteis’, pois eles não se consideram como tal: têm ‘problemas’ que, como qualquer outro acometimento de saúde, é passível de intervenção médica” (2006:171).

ativamente engajado ou interessado no tratamento quanto ela. O peso do tratamento, sua realização, ‘sucesso’ ou ‘fracasso’ é significativamente colocado nos ombros das mulheres. Dos homens, é exigida uma postura colaborativa, compreensiva, quase uma forma de condescendência, mesmo quando são eles os ‘responsáveis’ pelas dificuldades.

É surpreendente, nesse grupo, a rede de solidariedade entre as mulheres proporcionada pelo encontro virtual. A sociabilidade é ampliada devido à alternativa de se encontrar na rede grupos de pares, no caso específico, de mulheres, vivenciando o mesmo tipo de problema (dificuldade para engravidar ou levar a gestação a termo). Nas falas abaixo percebemos a importância afetiva, psíquica, além de informativa do grupo virtual.

“... foi a primeira vez que cai na depressão. O apoio psicológico que eu encontrei foi o grupo de discussão sobre infertilidade, conhecendo outras mulheres que passavam pelos mesmos problemas o que me ajudou muito e vendo casos de sucesso a minha esperança foi voltando e quando menos esperava lá estava eu lutando novamente.” Ingrid

“É pena que alguns familiares, amigos e conhecidos não consigam entender a grandeza da amizade que compartilhamos através da nossa rede virtual. Eles não podem compreender como pessoas podem trocar tanto carinho, sem nunca ter se encontrado, sem nunca ter se visto, sem nunca ter se conhecido pessoalmente (...) eu quero que você saiba como você é importante e o quanto representa para mim neste espaço virtual. Nós dividimos nossos pensamentos, nossos sonhos, nossos planos para o futuro ...Com que outro meio faríamos isso tão bem?!?Eles não sabem que nós não nos julgamos nem nos condenamos: apenas buscamos e oferecemos mãos para ajudar. Não sabem que trocamos abraços (e até beijinhos!). Eles não sabem que nós, amigos virtuais, nos preocupamos um com o outro, ponderamos situações e trocamos tantas coisas que aprendemos aqui. Eles não sabem o quanto podemos e temos ainda a aprender!” GD

A característica não-presencial do grupo é minimizada na afirmação de que se trocam abraços e até beijinhos. Há também a afirmação do lugar como utópico no sentido literal da palavra: o não-lugar, no qual, verifica-se a existência de uma sociedade perfeita, sem hierarquias, sem julgamento ou condenação, mais evidenciada ainda na fala que se segue de Ingrid. Nesta fala é também reiterado o elemento da ‘luta’.

“Meninas, Como meu tempo é curto só hoje consegui ler todas as mensagens e ficar por dentro da confusão que teve aqui. Como sou uma das veteranas quero expressar a minha opinião sobre o ocorrido... Acho que todas aqui já conhecem bem a minha história, participo desse grupo desde novembro de 2002, já vi muitas coisas acontecerem por aqui, muitas colegas que foram insultadas e resolveram abandonar de vez esse grupo, muitas que conseguiram realizar seu sonho, muitas que continuam na luta. Enfim não acho legal a gente usar esse espaço tão legal, tão importante para ficar insultando umas as outras. Não quero

continuar vendo colegas indo para grupos privados. Acho de extrema importância a participação de todas, independente se são novatas ou veteranas, usamos esse espaço para passar informações umas as outras, para desabafar, para trocar informações. Não temos que ter vergonha de perguntar precisamos respeitar umas as outras...A XXX disse que a qualidade do grupo caiu muito, o que aconteceu foi que antigamente tínhamos menos participantes e a rotatividade das mensagens não era tantas assim, uma conhecia o problema da outra e as dúvidas eram as mesmas, o grupo era novo, tudo era novidade aqui até que apareceu uma pessoa anônima que insultou uma de nossas colegas e assim uma a uma começou a abandonar o grupo para ir para um grupo privado onde não entra qualquer pessoa. Sou participante também desse grupo "fechado", mas não deixei esse grupo e nem pretendo deixar. É muito triste ver esse tipo de desentendimento acontecer por aqui, ninguém sabe mais do que ninguém aqui e aqui a gente não se importa se uma escreve melhor do que a outra, se tem erros de português, se é do Brasil ou não, se é pobre ou rica, se é mais nova ou mais velha, se é católica, evangélica ou espírita, se conseguiu ou se deixou de conseguir aqui todas somos iguais!!! Volto a dizer: AQUI TODAS SOMOS IGUAIS!!! Vamos parar com essas besteiras, se alguém nos procurar perguntando se a namorada pode estar grávida ou se estiver com algum problema relacionado à sexualidade vamos responder, se soubermos, custa ajudar os outros???Acho que vcs já devem ter visto na coluna muitas perguntas que fogem do tema infertilidade e nem por isso se deixa de responder, né? Às vezes temos que ser repetitivas, contar mil vezes nossa história mesmo sabendo que muitas já sabem, contar mil vezes sobre nossas descobertas, nossas experiências, nossas opiniões sobre clínicas, médicos etc...quem já souber de tudo isso basta não ler, temos que lembrar que tem muita gente anônima ainda que prefere apenas ler do que enviar mensagens e que cada dia tem uma pessoa nova que nos encontra. Gente, não quero me estender mais, só quero deixar bem claro que não sou contra a XXX que disse que tem gente que faz perguntas imbecis (talvez ela não soubesse se expressar, falou o que veio em sua mente quando na verdade não era a intenção ofender ninguém, não vamos crucificá-la, quem somos nós para julgar???), não sou nem contra a XXX, nem contra a XXX e nem contra ninguém. Não estou defendendo ninguém só quero que esse grupo continue agindo para o bem, continue ajudando as pessoas como me ajudou, isso é hiper importante gente! Um beijo no coração de cada uma, com carinho.” Ingrid

O interessante também da fala é que ela se manifesta em um momento de conflito, que acontecia regularmente no grupo, no qual, no entanto, reafirmava a característica da ausência de conflitos naquele espaço. Havia uma dinâmica pela qual, eventualmente, pessoas anônimas ingressavam e faziam ataques a todas (com argumentos sobre por que colocar filho em um mundo com excesso de população e escassez de recursos, ou com expressões agressivas, que davam a entender que aquelas mulheres não mereciam ser mães, etc) ou a uma em especial. A partir desse desentendimento, havia muita desagregação, uma parte das usuárias se afastava e um outro subgrupo recomeçava a participar mais ativamente e formar as redes, o que mostra o caráter fluido que mencionamos anteriormente.

Algumas das mulheres que participavam do fórum aceitaram responder à entrevista. Inicialmente, as entrevistas (anexo 13) foram enviadas para os e-mails das que se

manifestaram no fórum de discussão disponíveis ou interessadas em participar da pesquisa. Após um baixo retorno, enviamos o roteiro da entrevista diretamente para o *e-mail* que usavam no grupo, no ano de 2004. A maioria das entrevistadas residia no Estado de São Paulo, era casada ou vivia em união estável e todas estavam em relacionamentos heterossexuais. Uma única não tinha companheiro e havia tido um casamento heterossexual.

Se considerarmos as categorias tradicionais da metodologia, o instrumento utilizado para o levantamento das opiniões e biografia das mulheres se situava entre um questionário aberto e uma entrevista estruturada. Conceitualmente, a entrevista estruturada é uma experiência de interação face-a-face e o questionário aberto apresenta questões mais curtas e facilmente codificáveis e comparáveis. Entretanto, as perguntas enviadas pressupunham um grau de profundidade e reflexão que as tornavam difíceis de serem encaixadas como questionários. Nesse universo, o domínio da escrita era fundamental, mas o era previamente à pesquisa, uma vez que as entrevistadas escreviam regularmente no grupo.

O *corpus* acumulado tanto com as mensagens, quanto com as entrevistas, foi analisado segundo a codificação (Bauer, 2000) por categorias de análise, quais sejam: filho/a biológico/a e genético; adoção, infertilidade; ‘tratamentos’(experiências em clínicas de reprodução); ser mãe; identidade feminina; ser pai; identidade masculina; percepção de direitos; material reprodutivo doado; útero de substituição; acesso a informações biomédicas; riscos e limites e a dimensão do segredo.

A experiência da etnografia virtual, somada às entrevistas não presenciais com as mulheres e à análise documental dos discursos, configurou uma pesquisa qualitativa com as variações e adequações exigidas ao longo da pesquisa. Uma pesquisa qualitativa nada ortodoxa.

Consideramos a pesquisa qualitativa um método múltiplo de apreensão dos fenômenos em termos do sentido que as pessoas atribuem a ele. “A finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opinião ou pessoas, mas ao contrário, explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão” (Gaskell, 2000:68). Assim, constitui-se como a alternativa mais pertinente no tratamento de dados sobre motivações, valores e crenças individuais, priorizados na observação dos discursos em torno da reprodução assistida no país, considerando que “o termo discurso é empregado para se referir a todas as formas de fala e textos, seja quando ocorre naturalmente nas conversações, como quando é apresentado como material de entrevistas, ou textos escritos de todo tipo” (Gill, 2000: 246).

A pesquisa qualitativa ainda que perca a possibilidade de proceder grandes generalizações, como aquela permitida por pesquisas quantitativas, traz ganhos consideráveis em riqueza de detalhes e aprofundamento das perspectivas dos atores e atrizes sociais envolvidos/as, tão importantes para compreensão de fenômenos sociais novos, complexos e conflitivos.

Em uma metodologia de base qualitativa o número de sujeitos entrevistados dificilmente pode ser pré-determinado, pois tudo depende da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como da profundidade e do grau de recorrência e divergência destas informações. A técnica mais usual orienta que, enquanto estiverem aparecendo "dados" originais ou pistas que possam indicar novas perspectivas à investigação em curso, as entrevistas precisam continuar sendo feitas. No entanto, à medida que recorrências atingem o que se convencionou chamar de "ponto de saturação", dá-se por finalizado o trabalho de campo, sabendo que deve voltar para esclarecimentos (Duarte, 2002).

No nosso caso, as entrevistas foram úteis por completar o *corpus* de análise principal da fala de mulheres envolvidas em ‘tratamentos’ para engravidar, isto é, as mensagens recolhidas no grupo de pesquisa. As entrevistas esclareceram alguns pontos, acrescentaram informações e posicionamentos e alcançaram o ponto de saturação devido às informações já disponibilizadas nas milhares de mensagens armazenadas e analisadas.

2.2 A Pesquisa em Fontes Documentais

“O objetivo é de colocar essas perspectivas em jogo e desenvolver uma perspectiva de processo.” Franklin⁴¹

A partir da identificação dos principais atores e atrizes que se apresentaram publicamente no campo da reprodução assistida no país, mapearam-se os discursos de médicos/as, bioeticistas, feministas, parlamentares, especialistas da área jurídica e promotores/as públicos. Representantes destas categorias estiveram presentes em grande parte dos debates públicos analisados (ver anexo 14), embora o ingresso das feministas tenha sido posterior no campo, fruto da reivindicação de sua presença nestes espaços. A principal fonte de análise foi a transcrição dos debates e seminários realizados no Senado e na Câmara, respectivamente, para se formular e discutir os projetos de lei que regulamentam a reprodução

⁴¹ (Franklin, Sarah. 1997:3).

assistida no país. No entanto, estas foram complementadas com pronunciamentos desses atores/atrizes em outras fontes de informação: livros, sites, revistas e jornais.

A análise do *corpus* documental também foi qualitativa no sentido em que May define: “a análise qualitativa de conteúdo começa com a idéia de processo, ou contexto social, e vê o autor como um ator autoconsciente que se dirige a um público em circunstâncias particulares. A tarefa do analista torna-se uma “leitura” do texto em termos dos seus símbolos. Com isso em mente, o texto é abordado a partir do entendimento do contexto da sua produção pelos próprios analistas. Tal entendimento pode ser obtido pela utilização de fontes secundárias ou (...) por outros métodos como os estudos observacionais” (2004:224).

As análises foram complementadas pelo estudo de fontes bibliográficas que permitiu uma melhor contextualização dos discursos, tendo por referência o debate sobre direitos reprodutivos no Brasil, as observações presenciais de alguns dos debates desenvolvidos no período e ainda entrevistas: com um médico atuante na área, um promotor de justiça, a coordenadora do Banco de Sêmen do Hospital Albert Einstein, e, por fim, com Lindamar, a mãe de quíntuplos que deram origem a uma polêmica muito enfatizada à época e sobre a qual falaremos no capítulo 4.

“Uma análise de discurso é uma leitura cuidadosa, próxima, que caminha entre o texto e o contexto, para examinar o conteúdo, organização e funções do discurso. Os analistas de discurso tendem a ser pessoas muito humildes que não gostam de afirmações bombásticas, e nunca irão argumentar que sua maneira é a única maneira de ler um texto. Em uma análise final, a análise de discurso é uma interpretação, fundamentada em uma argumentação detalhada e uma atenção cuidadosa ao material que está sendo estudado” (May, 2004).

A codificação (Bauer, 2000) por categorias de análise se deu em relação àquelas vinculadas ao processo de regulação da reprodução assistida: acesso à reprodução assistida; maternidade; paternidade; parentalidade; filho/a biológico/a e genético; adoção, infertilidade; identidade feminina; identidade masculina; afirmação de direitos; material reprodutivo doado e útero de substituição.

No Brasil, até o ano de 2007, haviam sido apresentados mais de dez Projetos de Lei à Câmara e Senado Federais (ver anexo 15), sobre reprodução humana assistida com vistas a sua regulamentação. No entanto, os debates foram suscitados a partir do PL 90/99, principalmente nos anos de 2000, 2001 e 2002. Houve três audiências públicas no Senado Federal e um seminário na Câmara dos Deputados do Distrito Federal. Além disso,

acrescentamos como documentos para análise as publicações resultantes de dois Encontros: o Simpósio Quem Pode ter Acesso às Tecnologias Reprodutivas? Diferentes Perspectivas do Direito Brasileiro, realizado no Senado Federal, em novembro de 2001 e as Jornadas Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: Questões e Desafios, que ocorreu em Florianópolis, em março de 2003, com discussões de cunho acadêmico que reuniu várias pesquisadoras feministas. Este último documento é analisado no item 4.3 .

O diálogo entre vários grupos sociais, empreendidos a partir destas proposições foi objeto da análise. Importante mencionar que as/os usuárias/os das técnicas estiveram presentes raras vezes nestes debates. Neste sentido, a tese coloca “teoricamente em confronto” estes grupos e pessoas que se apresentaram durante os debates e as mulheres usuárias dos serviços de reprodução assistida. É um elemento importante a se considerar a ausência nos debates em geral de mulheres e homens que seriam supostamente beneficiados/as ou restringidos/as no acesso.

Entendemos que a escolha metodológica por considerar o discurso dos/as próprios/as interessados/as (beneficiários/as das técnicas) trouxe uma riqueza na análise da circulação dos discursos sobre a reprodução assistida. Por um lado, houve a fala pública de atores e atrizes que se manifestaram sobre o tema, por outro lado⁴², a fala quase privada (ainda que em um espaço teoricamente público, o ciberespaço), circunscrita a uma comunidade que compartilha um sentimento de desvio à norma e uma trajetória comum de silenciamento em relação aos demais.

As fontes de análise, embora plurais, perfazem um mosaico através do qual se pôde vislumbrar as vozes dos atores e atrizes implicados no campo da reprodução assistida no período determinado. Não podemos dizer que a pesquisa foi exaustiva no sentido de abarcar todos/as protagonistas no campo, no entanto, entendemos que exploramos discursos fundamentais que constroem os significados relacionados à maternidade, à paternidade e à parentalidade.

⁴² Os representantes de comunidades religiosas não tiveram papel destacado nos debates sobre reprodução assistida que foram observados nesta pesquisa. Por este motivo, não foram incluídos entre os atores e atrizes principais do campo.

2.3 Por uma Sociologia do Segredo

“Também tínhamos vergonha da dificuldade que estávamos enfrentando.” Pietra

“Não, nós não contamos para ninguém, pois meu marido ficou muito mal quando soube da sua infertilidade. Foi um choque muito grande e decidimos que não contaríamos para não causar mais constrangimentos e futuras cobranças. Este é um segredo só nosso. Afinal de contas, ninguém precisa saber não é mesmo?” GD

Um dos motivos que torna o espaço virtual tão convidativo para essas mulheres é o fato de lidarem com um tema tabu. Ao se apresentarem virtualmente e deixarem de comentar as dificuldades de ter um filho/a biológico/a com pessoas do seu círculo social, mantêm-se afastadas da estigmatização. Na sociedade brasileira, como na maioria das sociedades, a infertilidade, como constataram Barbosa (1999), Luna (2004), Héritier (1996), Vargas (2002 e 2006), Tamanini (2003) e Thompson (2005), entre outros/as, é um marcador social que define uma identidade depreciada, um isolamento social e um sentimento de se estar ‘fora do lugar’ como se percebe nas falas abaixo:

“Meninas, é só um pequeno desabafo: domingo fui à missa. No final, o padre chamou todas as mães no altar para homenageá-las. Quando olhei ao redor, a igreja estava praticamente vazia. Permaneceram nos bancos apenas as crianças, os homens... e eu.” GD

“Olá, tenho passado por poucas e boas por não ter filhos. Me sinto a última mulher do mundo por não conseguir realizar esse sonho. O dia das mães é o pior dia pra mim. Isso me faz me sentir pequena diante das outras mulheres, já estou cansada de ver as outras exibindo seu barrigão.” GD

As expectativas sociais sobre as mulheres se relacionam à força do argumento biológico que atribui o comportamento materno a um ‘instinto’ natural que todas as fêmeas desenvolveriam perante suas crias. Ainda que o conceito de instinto esteja superado para a ciência, a representação social da maternidade (Badinter, 1985) continua a julgá-la como instintiva, inata e comum a todas as mulheres. Nesse sentido, a maternidade seria um caminho necessário para qualquer projeto feminino de felicidade.

Por sua vez, o estigma, conforme definiu Goffman, é baseado na categorização das pessoas e dos atributos considerados comuns e naturais para os membros dessas categorias. A partir dessas concepções preconcebidas, são criadas “expectativas normativas, exigências apresentadas de modo rigoroso” (1963:12). Um casal que esteja casado ou unido há um tempo

considerado suficiente (mais de quatro anos) para ter filhos começa a ser inquirido, alvo de comentários e perguntas e se levantam suspeitas sobre possível infertilidade de um dos dois. Muitas mulheres relataram ter afirmado para as pessoas, quando questionadas sobre a ausência de filhos, que ainda não os queriam, para descaracterizar a infertilidade e dar fim aos boatos.

“Só quem quer e não tem filhos sabe como essa espera é angustiante. É bom compartilhar com pessoas que estão passando pelo mesmo drama. Ninguém da minha família sabe e isso ao mesmo tempo em que me preserva me deixa solitária na luta.” Adna

Vale ressaltar que o estigma que não é o mesmo para homens e mulheres, mas que afeta a ambos. Se, para as mulheres, o estigma se relaciona à identidade feminina (ser mulher⁴³, como nas falas acima), para os homens, relaciona-se aos atributos da sexualidade (virilidade), como se percebe na fala de Ingrid, ao relatar como o esposo reagiu em relação ao dilema contar ou não contar:

“Meu marido tinha me proibido de comentar com a família e com os amigos sobre o tratamento. Por mim falaria sem problema nenhum, mas o fato dele saber que era infértil mexeu tanto com sua cabeça. Os homens têm uma grande dificuldade de encarar a infertilidade, pois acham que infertilidade é a mesma coisa que impotência. Quando consegui engravidar, por minha insistência, falei que contaria para minha mãe, mas ele me pediu uma condição, pediu para que eu falasse que o problema de infertilidade era da minha parte ou para falar que era infertilidade sem causa aparente.” Ingrid

Assim, como percebemos na decisão acima, embora para os dois o peso do estigma seja forte, ainda é preferível, para parte dos casais, que a mulher assuma uma suposta infertilidade⁴⁴ para esconder uma condição de fertilidade limitada do esposo. O fato de a infertilidade masculina vir geralmente associada à impotência reforça também que essa condição não seja revelada pelos homens.

⁴³ Vargas (2002) observou a expressão “figueira do inferno” presente nas camadas populares para se referir às mulheres inférteis. Outras expressões comuns são “seca, oca, vazia, incompleta”.

⁴⁴ Costa observou esta situação na sua pesquisa: “Há ainda mulheres que fazem pactos explícitos ou implícitos com os maridos/companheiros, como vimos nos casos em que a paciente não queria que o marido se submetesse a uma vasectomia por receio de que ele ficasse impotente; ou ainda da paciente que assumiu a esterilidade no lugar do marido por medo de que as pessoas suspeitassem que ele era impotente. Neste caso, proteger a reputação do marido seria uma forma de a esposa proteger sua própria reputação” (2001: 46).

Héritier, ao pesquisar sobre o tema da infertilidade, afirmou que esta é atribuída às mulheres na maioria das sociedades, sendo a responsabilidade masculina pela impossibilidade de gerar filhos/as normalmente ignorada.

Entre os Samo, por exemplo, não existe infertilidade se não for relacionada à impotência. O homem infértil é aquele em que o “pênis está morto”. É como se o fluido masculino fosse sempre e necessariamente fértil. Deste modo, todos os casos de infecundidade são imputados às mulheres, particularmente à má vontade de seu destino individual. Mesmo naqueles casos em que um homem passa por várias uniões e nenhuma das esposas procria o homem não deixa de ser pai. O filho que a mulher trouxe para o casamento, sobrinhos, filhos de irmãos, são terminologicamente seus filhos. Não é o caso das mulheres, que morrem sem deixar vínculos.

“A mulher estéril não é considerada verdadeira mulher, *lo*, morrerá *suru*, isto é, jovem imatura, e será enterrada no cemitério das crianças, sem que os feiticeiros, por ocasião do seu funeral, façam soar os grandes tambores que se utilizam unicamente para honrar as mulheres fecundas” (Héritier, 1996:74).

Entre os Nuer, segundo Héritier, as mulheres são poupadas da estigmatização da infertilidade porque, após ter se casado e ficado sem filhos/as durante um certo número de anos, regressam à família de origem e passam a ser consideradas homens. Como homens, elas podem adquirir esposas e todos os prestígios de um homem na sociedade.

A questão, no entanto, não é particular às sociedades tradicionais. Segundo Héritier, “também na sociedade ocidental, a esterilidade masculina só foi reconhecida há pouco tempo; o esperma era, por definição, sempre fértil⁴⁵” (1996:247).

É interessante observar que, em nossas sociedades, em que há controle voluntário da reprodução, o estigma da infertilidade não se define por sinais corporais imediatamente perceptíveis e evidentes. Neste sentido, por um lado, só pode ser identificado se enunciado, ou seja, tornado conhecido. Isso torna possível sua manipulação, seja se negando as ‘tentativas’, seja um dos dois assumindo a responsabilidade pela ausência de filhos, também, freqüentemente, as mulheres. Por outro lado, a gravidez é um sinal corporal perceptível e evidente de prestígio. Se a infertilidade não pode ser atestada, a fertilidade, por sua vez, tem

⁴⁵ Martin estudou como os conceitos de biologia reprodutiva estão permeados de estereótipos culturais. Assim, o óvulo é representado na biologia como passivo e o espermatozóide como ativo e ágil. No entanto, questiona a nossa forma de representar as células femininas e masculinas, correspondendo a nossos estereótipos de gênero. Nesse sentido o pensamento científico reproduz e reforça estes estereótipos.

um símbolo óbvio: *a barriga da grávida*. As informantes demonstram seu incômodo, ao viverem situações de infertilidade, em encontrar mulheres grávidas *'exibindo seu barrigão'*.

É interessante se atentar para o fato de que a infertilidade é considerada uma categoria ambígua do ponto de vista da saúde, podendo indicar uma doença, um sintoma de uma doença, um estado psíquico, a consequência de uma doença e até mesmo nenhum tipo de doença, como na fala que se segue, na qual se expressa um *sentimento* de infertilidade, como também se destaca o simbolismo da *barriga*, ainda que seja para negá-lo:

“Mas eu pergunto: gerar uma vida é só de barriga? Eu estou dando a vida a um menino lindo que não "saiu" de mim, mas que precisa de mim para viver! Desde o momento que adotamos, nunca mais nos sentimos inférteis (eu e meu marido), nos sentimos cheios de vida com a presença do nosso tão amado filho. Quem sabe alguém tb está passando por essa experiência e queira compartilhá-la.” GD

A categoria ‘casal infértil’, como apontou Costa (2006) se constitui estrategicamente no discurso médico para tornar invisível a desigualdade da participação de mulheres e homens nos ‘tratamentos’. A maior parte dos investimentos psíquicos e corporais (exames, medicamentos, ultrassonografias, terapias) e possíveis efeitos colaterais recaem nas mulheres. A infertilidade, sendo considerada do casal, dilui a centralidade das mulheres e traz os homens para os ‘tratamentos’ sem o peso da infertilidade masculina, como neste depoimento:

“Quando meu marido descobriu a infertilidade foi muito doloroso pra ele, neste momento sentia que eu precisava ser forte e ajudá-lo a compreender (eles tb são sensíveis à esterilidade). É claro que ficamos tristes, mas o "responsável" pelo problema fica mais triste ainda quando descobre. Quando meu marido descobriu assumimos isso como "nossa" esterilidade, isso diminui o peso dele e me fez me sentir mais participante da vida dele, nos unimos muito! E até aprendemos a nos amar mais.” GD

Assim, vários elementos apontaram para a manutenção da negação sobre a infertilidade masculina e para o peso da responsabilidade das mulheres nesse processo. Neste campo, o antigo tabu da infertilidade – masculina ou feminina, embora envolvendo significados diferenciados – e somado ao novo tabu sobre os gametas doados, torna o espaço dos ‘tratamentos para engravidar’ um espaço de segredos.

“Eu também estou passando por isso, vou fazer neste mês a inseminação com sêmen de doador. No início, quando soubemos do problema de meu marido, contamos para meus pais e p/ os pais dele e irmãos... porém percebi que ele não se sentia bem em falar sobre o assunto... depois de 3 anos decidi falar para todos que o problema dele foi resolvido e que poderemos ter filhos normalmente. Depois disso tudo mudou, senti que ele está mais feliz e com muita vontade de fazer a inseminação... e também eu tinha medo que as pessoas ficassem olhando p/ o nosso filho e reparando que ele não teria traços do pai e tivessem algum

sentimento de pena. Então se você me permite dar um conselho, acho que vcs devem guardar isso p/ vocês, que ninguém precisa ficar sabendo... Muito sucesso p/ vocês!”GD

Como se pesquisa o segredo? Como se conceitualiza o segredo? Essa questão se tornou muito importante no trabalho. Uma das razões que tornam o espaço clínico da reprodução assistida um espaço impermeável à pesquisa sociológica é justamente essa característica secreta dos procedimentos, tratamentos, condições físicas e psíquicas dos/as pacientes.

Para Simmel, o segredo “conduz a uma grande ampliação da vida”, pois compartilhar um segredo representa a “possibilidade de um segundo mundo junto com o mundo manifesto, sendo este decisivamente influenciado por aquele” (1999:221). Esse segundo mundo cria relações e cumplicidades entre os detentores do segredo, comportamentos próprios, além de reforçar o desconhecimento de outras pessoas sobre esta realidade. A infertilidade⁴⁶, por exemplo, tende a ser compartilhada com pessoas que se identificam como fazendo parte de uma mesma comunidade.

“Conversei sobre o processo todo com amigas da internet, não com amigos do dia a dia e família.” Diva

Simmel chamou atenção para o fato de que a existência do segredo define essa interação pelo esforço de mantê-lo e pelo desejo de fazer parte. Pessoas ou grupos sociais que escondem alguma coisa ocupariam em nosso imaginário uma posição de distanciamento do convívio social. Quem não desfruta dos privilégios que o segredo traz se sentiria instigado a acessar essa informação restrita.

No contexto aqui analisado, o espaço virtual potencializou a criação de uma comunidade de interação, onde são discutidas as percepções e as experiências de cada uma de não corresponder às expectativas sociais e pessoais. No entanto, de alguma forma também, se rompe com a lógica da comunidade restrita ao se realizar esse intercâmbio em um espaço aberto para ser acessado por outras pessoas.

⁴⁶ Em reportagem da Folha de São Paulo, em 2002, a jornalista Kátia Ferraz relatou que a bandeira da American Infertility Association e da Apoio Internacional aos Pacientes Inférteis é de difundir que “a infertilidade, que atinge mais de uma entre dez pessoas em todo o mundo, não deve ser motivo de vergonha ou embaraço. É uma doença como qualquer outra, que pode e deve ser tratada com a ajuda de um especialista”. As instituições elegeram junho como o Mês Internacional da Infertilidade. O slogan da campanha: Um Milhão de Bebês: Hora de Quebrar o Silêncio. Como parte da campanha, foram realizadas palestras em vários países, inclusive no Brasil, para esclarecimento sobre tratamentos de infertilidade.

O ciberespaço é um domínio no qual práticas e experiências de segredo circulam facilmente. Isto permite, por um lado, que pessoas de fora da comunidade de pertencimento disponham de mais informações sobre temas silenciados⁴⁷ na sociedade em geral. Por outro, suscita o questionamento sobre até que ponto essa nova possibilidade contribui para que o tema em questão deixe de ser um tabu. Ao ser apresentado, discutido, minuciosamente detalhado, seria potencialmente incorporado à sociedade, favorecendo a diminuição do estigma? Esta é uma das questões que o ciberespaço introduz. Não temos a pretensão de respondê-la, mas identificamos a contradição de que ao se desenvolver uma comunidade na qual se compartilham segredos na rede virtual, eles se tornam conhecidos.

A experiência no hospital público reforçou a visão de que os espaços dos ‘tratamentos para engravidar’ são por excelência do segredo. Por três meses compartilhamos dele. A equipe médica, psicólogos/as, ginecologistas, embriologistas, biólogos/as, anestesistas e, ainda estudantes de medicina, têm acesso irrestrito a essas experiências. Isso lhes dá o poder sobre a permissão a pesquisadores/as de outras áreas às informações necessárias para o desenvolvimento de uma pesquisa com outro tipo de abordagem. Da negociação com estes atores depende inclusive o sucesso da realização de pesquisas. Neste caso, o insucesso.

Durante a permanência no hospital, foram feitas observações nas consultas e na ante-sala de espera. Participavam das consultas muitos profissionais e os/as médicos/as nem sempre explicavam sobre a minha presença. Era iniciativa minha, na maioria das vezes, explicar sobre a pesquisa e pedir autorização dos pacientes.

Na ante-sala, era possível se fazer observação dos/as informantes fora da sala de consulta. Havia um constrangimento entre as pessoas presentes e uma pergunta no ar: “qual o seu problema?” Aquelas mulheres que, no espaço virtual, revelariam tão facilmente e com tantos detalhes sobre suas dificuldades para engravidar, tendiam a manter um silêncio discreto no hospital⁴⁸. Por isso, priorizamos a aplicação do questionário em salas reservadas ou afastadas das demais pessoas, uma vez que percebemos que não se partilhavam históricos e trajetórias pessoais. Foram aplicados questionários (ver anexo 16) que permitiram não só a

⁴⁷ Bento e Pelúcio (2006/sd) investigaram temas relacionados a práticas sexuais não convencionais como sadomasoquismo, sexo comercial, comunidades transexuais, travestis, gays, lésbicas, no ambiente virtual. Para as autoras, a utilização de vários recursos que garantem o anonimato e a organização de comunidades por temas de interesse foi um fator facilitador do acesso aos sujeitos de pesquisa.

⁴⁸ Outra situação indicativa do tema tabu que presenciamos foi que, diante de uma equipe de reportagem que preparava um programa sobre reprodução assistida, todas as mulheres presentes no consultório, exceto uma, recusaram-se a ter sua imagem divulgada.

explicação sobre a pesquisa à participante, como também, conhecer melhor sua condição sócio-econômica e colocar questões para além dos aspectos relacionados à anamnese médica que era realizada no primeiro contato com o hospital.

Ao explicarmos sobre a pesquisa, não se demonstrava maior interesse nas questões que sugeríamos. A pergunta que todas faziam (inclusive algumas com quem tive contato virtual sincrônico) era se eu tinha filhos/as. Com isso, buscavam uma explicação das motivações para a pesquisa, assim como alguma forma de empatia. Buscavam também identificar se eu pertencia à comunidade de solidariedade (mulheres com problemas para engravidar). Esta revelação lhes causava alguma decepção, pois tenho (e já tinha naquele momento) um filho e não havia passado por experiências similares as que viviam.

A pesquisa no hospital foi a única oportunidade também de observar e entrar contato com os homens que participavam e acompanhavam os ‘tratamentos’. Os companheiros tinham um papel muito secundário durante o processo. Eles costumavam comparecer nas primeiras entrevistas e, depois, em situações em que fossem especificamente solicitados, por exemplo, para fornecimento ou extração do sêmen. A relativa ausência dos homens nesses espaços é contrastante com a presença das falas masculinas no espaço público e com seus discursos sobre a paternidade e maternidade, majoritários nos fóruns de discussão sobre os projetos de lei.

Como afirmou Vargas, “a invisibilidade masculina frente às questões reprodutivas informa a permanência de valores relativos ao gênero, mesmo considerando a atual convocação dos homens à participação em certos níveis das práticas reprodutivas” (2006:24).

A temática da paternidade, assim, emerge nesse campo, em primeiro lugar, pela presença escassa de pais no cotidiano da vida, no hospital ou nos grupos de discussão (espaço de construção de comunidade de pares e de laços de afetividade). Em segundo lugar, no espaço da normatização, aonde toma dimensões consideráveis, a ponto de após 24 anos do nascimento do primeiro bebê através de técnicas de reprodução assistida no país, a única lei vigente dispor justamente sobre a paternidade de filho nascido por inseminação heteróloga, como vimos no conteúdo legal do Código Civil. É nesta contradição que os discursos sobre a paternidade são apresentados e analisados na tese.

Neste sentido, as mulheres formaram as comunidades de pares em torno do segredo que diz respeito a elas e aos homens, seus companheiros. Invertendo teoricamente a lógica do

sexismo, as mulheres falam pelos homens nos grupos de discussão, no entanto, restritas aos espaços privados de interação.

A sociologia do segredo se presta a pensar a norma e os/as que fogem à norma. A formação de uma comunidade em torno das questões que não devem ser faladas. Também os que podem ter acesso e controle às práticas que envolvem o segredo. No caso específico, evidenciou-se o poder médico sobre moralidades, decisões e acessos. Nesse sentido, realizar uma sociologia do segredo é tangenciar tabus sociais e pressupostos considerados absolutos não apenas relativos às comunidades de segredo, mas a quem circula nelas e sobre elas mantém alguma forma de controle.

No hospital, em alguns momentos me senti como testemunha, ao presenciar cenas em que o nível de discricionariedade da equipe médica pareceu muito alto. Por exemplo, como não havia anestesista no setor, observamos situações de dor intensa. Tanto homens como mulheres se submetiam a procedimentos que, regularmente, são realizados sob anestesia nas clínicas particulares e mesmo na maioria dos hospitais públicos.

Particularmente, foi um choque verificar que havia extração de espermatozóide, diretamente da bolsa escrotal, sem anestesia. Um dia em que comparecemos ao hospital estranhamos a presença de um homem deitado na maca, na sala onde os procedimentos eram realizados. Recebemos a informação de que ele precisava de algumas horas para conseguir se levantar devido ao procedimento realizado sem anestesia.

Havia uma naturalização da dor naquele espaço, que muitas vezes era justificada em nome do sonho de ter filhos/as. Uma das mulheres que se submeteu aos procedimentos de FIV (captação de óvulos) sem anestesia falava com orgulho de si mesma por ter sentido dor sem emitir um gemido ou fazer uma única reclamação.

O problema de se manter instituições impermeáveis ao escrutínio público (e de pesquisadores/as) é que se dá margem a arbitrariedades e condições perniciosas de atendimento e assistência às pessoas.

Se os serviços públicos deixam em geral muito a desejar em relação aos particulares, que formas de controle o Estado pode exercer para que não se faça do espaço do segredo que envolve a reprodução assistida no país um espaço de arbitrariedades?

Capítulo 3 – Circulação de Material Reprodutivo Humano na Sociedade de Risco

“Afirmar que o filho é o fim supremo da mulher tem exatamente o valor de um slogan publicitário.” Beauvoir⁴⁹

“O amor que tenho em meu coração, a vontade de ser mãe, me fazem perder o medo e assim será com você. Você já é mamãe! Uma mamãe à espera do seu bebê, como eu.” GD

Neste capítulo, problematizamos alguns dos principais dilemas apresentados no campo da reprodução assistida no país em relação às experiências sociais tornadas possíveis com a manipulação de gametas. Relações de gênero, filiação, parentalidade, consangüinidade e vínculo biológico são alguns dos elementos que formam o cerne do debate.

A infertilidade é um conceito em disputa e resignificação neste contexto. Após breve relato sobre as formas que as entrevistadas buscaram para contornar a infertilidade, introduzimos a discussão sobre a maternidade na teoria feminista. Em seguida, problematizamos os dilemas relacionados à visão das mulheres sobre os ‘tratamentos para engravidar’ e à percepção do risco e das novas possibilidades encontradas na experiência, especialmente relacionadas à circulação de gametas doados.

Inicialmente, apresentamos um resumo do perfil das entrevistadas do grupo de discussão virtual e seu histórico como ‘tentantes’. Como já informamos, os nomes foram alterados para garantir o anonimato.

Ingrid – Casal sem filhos até realizarem FIV com ICSI. Teve hiperestímulo ovariano.

Engravidou, na segunda tentativa e teve gêmeos, que estavam com 01 ano na época da entrevista. Fatores de infertilidade: ambos (ela) ovários policísticos e (ele) varicocele bilateral com baixo número de espermatozóides. Foram *tentantes* por 2 anos. Profissão/Idade: empresária, 26 anos (ela), gerente comercial, 40 anos (ele).

Eva – Casal sem filhos. Fator de infertilidade: masculino, baixa contagem e motilidade dos espermatozóides. *Tentante* há oito anos. 01 ICSI. O casal encontrava-se, à época da

⁴⁹ Beauvoir, S. (1970: 291).

entrevista, em processo de habilitação para adoção. Profissão/Idade: (ela) professora, 40 anos, (ele) empresário, 42 anos.

Pietra – Casal sem filhos até realização de FIV, na qual engravidou e teve um filho, com dois meses na época da entrevista. Fator de infertilidade: feminino, Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) e prolactina elevada, ovulação esporádica. Tentaram por 3 anos e meio. Profissão/Idade: (ela) advogada, 32 anos, (ele) analista de sistemas, 36 anos.

Ana – Casal sem filhos. Grávida de 6 meses, gravidez natural. Fator de infertilidade: No primeiro momento, baixa produção e motilidade dos espermatozóides. Depois de uma inseminação artificial, teve uma gravidez tubária e foi necessária a retirada de uma das trompas. Realizou mais duas inseminações sem sucesso e obteve o diagnóstico de que a trompa que restava estava obstruída. Submeteu-se a uma FIV também sem sucesso e foi diagnosticada como “má respondedora” ao ‘tratamento’, com óvulos de má qualidade. Foi indicada para a ovodoação. Ao procurar outro especialista recebeu a confirmação da obstrução na trompa e nova indicação para FIV. Antes de iniciar o ‘tratamento’ engravidou naturalmente e estava grávida de seis meses no momento da entrevista. Do primeiro ao último ‘tratamento’ passaram-se 3 anos. Profissão/Idade: (ela) dona de casa (atualmente), 33 anos; (ele) analista de sistemas, 35 anos.

Alaíde – Casal sem filhos. Fator de infertilidade: masculino, baixa contagem de espermatozóides. *Tentante* há um ano. Tratamentos com medicação. Idade (ela): 28 (ele), 26. Profissão/Idade: (ela) assistente administrativo, 28 anos; (ele) metalúrgico, 26 anos.

Cíntia – Casal sem filhos. Fator de infertilidade: Esca – esterilidade sem causa aparente. *Tentante* há quatro anos e meio. 07 inseminações artificiais e 02 procedimentos iniciais de FIV. Profissão/Idade: (ela) relações públicas, 39 anos (ele) advogado, 35 anos.

Andréa – Casal sem filhos até realizarem 6 inseminações artificiais e 4 ICSIs. Na última, engravidou e teve um filho. Fator de infertilidade: endometriose grau IV e problema imunoreprodutor (abortou 3 gestações). As tentativas duraram 6 anos. Paralelamente, o

casal ficou por dois anos na “fila da adoção” e não teve retorno até aquele momento. Profissão/idade: 38 e 36 anos. s/identificação de profissão.

Diva – Divorciada. Fator de infertilidade: obstrução de uma trompa após dois abortos espontâneos, aos 42 e 43 anos e idade. 05 procedimentos iniciais para FIVs. Profissão/Idade: engenheira civil, 45 anos.

Tânia – Casal sem filhos. Fator de infertilidade: (ela) tem apenas uma trompa que está obstruída. *Tentante* há três anos. Duas gravidezes tubárias. Fila de espera da FIV gratuita. Inscritos para adoção. Profissão/Idade: sem identificação 32/36.

Nina – Casal sem filhos. Fator de infertilidade: morfologia dos espermatozóides. *Tentante* há dois anos. 03 procedimentos de inseminação artificial. Profissão/Idade: (ela) agente de organização escolar, 32 anos (ele), mecânico, 36 anos.

Maria – Casal sem filhos. Fator de infertilidade (ele) azoospermia. *Tentante* há um ano e dois meses. 01 ICSI. À espera do resultado no momento da entrevista. Profissão/Idade: Advogados ambos, 29 e 33 anos.

Sandra – Casal sem filhos. Fator de infertilidade: masculina, varicocele e morfologia dos espermatozóides. *Tentante* por 1 ano. 01 FIV. s/identificação.

Cila – Casal sem filhos. Fator de Infertilidade: masculina, baixa quantidade e motilidade de espermatozóides. Três anos *tentante*. 01 ICSI. Profissão/Idade: funcionária pública e dentista.

Adna – Casal sem filhos. Aborto de repetição. 2 anos de experiência com perdas gestacionais. Tratamento para incompatibilidade imunológica. Grávida por ocasião da entrevista. s/ identificação.

Élida – Casal sem filhos. Fator de infertilidade: endometriose e varicocele. *Tentante* há 03 anos. Idade/profissão: 34 (ela) e 39 (ele) anos, ambos advogados.

As entrevistadas tinham experiências diversificadas em relação à reprodução assistida. Alguns casais tentavam há pouco mais de um ano, enquanto outros já acumulavam seis, até oito anos de tentativas. A predisposição para adoção variava, mas, algumas indicavam maior resistência dos maridos em relação à adoção, faziam queixas em relação à burocracia para adotar ou entendiam que precisavam esgotar as tentativas antes de considerar esta possibilidade. Dois casais estavam inscritos para adoção enquanto faziam os procedimentos. Uma única mulher sem parceiro participou da pesquisa. Ela havia feito tentativas de engravidar durante o casamento e, naquele momento, buscava uma maternidade solteira. Seis mulheres relataram que o fator de infertilidade era masculino, duas que era de ambos, em um caso o casal foi diagnosticado como esterilidade sem causa aparente. Em três casos o fator identificado foi feminino e houve uma considerada como incompatibilidade imunológica. Por mais que a religiosidade estivesse presente nos discursos, todas lidavam com a infertilidade como uma condição médica, ainda que não houvesse diagnóstico conclusivo sobre suas causas.

É necessário indicar que a maternidade, que se tornava tão central nas suas vidas no momento em que não conseguiam realizá-la, a ponto de se referirem a ‘obsessão pelos tratamentos’, não significava que este fosse o único foco das suas vidas. Levando em consideração a trajetória de algumas delas, que priorizaram a realização profissional e pessoal antes da maternidade, não podemos interpretar sua busca pela maternidade a uma redução à condição de mães.

As temáticas da maternidade, assim como da paternidade e da parentalidade têm sido um dos temas privilegiados do feminismo. No campo da reprodução assistida, o desenvolvimento e a disseminação global de tecnologias biomédicas restituíram e simultaneamente desestabilizaram noções do natural, justamente um dos enfoques mais importantes para as teorias feministas: a desestabilização da noção de natureza, a natureza “sexual” entre outras.

Ortner (1996) criticaram a universalidade da binariedade natureza e cultura e seu entrelaçamento com as categorias de feminino e masculino, uma vez que a construção dos femininos e masculinos é resultado arbitrário cultural de cada configuração social historicamente situada.

As autoras apontaram para os cuidados em se generalizar para todas as culturas a binariedade natureza (feminino) X cultura (masculino) própria do pensamento ocidental. A

categoria de gênero propiciou a análise desta binariedade no pensamento ocidental. Foram enfatizados, entretanto, que os processos de construção das relações entre homens e mulheres devem ser articulados em situações sociais específicas.

O controle da vida reprodutiva foi fundamental para os cenários atuais e para novas possibilidades na vida de muitas mulheres. Não é à toa que a luta pelo amplo acesso à contracepção foi uma das primeiras bandeiras do feminismo: a perseguição da autonomia e da liberação das mulheres passava necessariamente pelo controle da reprodução e do número de filhos, pela superação da sobredeterminação do corpo, da inevitabilidade de ser reduzida a um corpo que reproduz (Scavone, 2004).

Uma das contradições na reprodução assistida é que as mulheres que se depararam com os problemas relacionados aos ‘tratamentos para engravidar’ tiveram controle da sua reprodução por longos anos e acreditavam que bastaria decidir pela suspensão do método anticoncepcional que engravidariam em seguida. No entanto, descobriram que não tinham sobre o corpo o ‘controle’ que julgavam ter.

Assim, embora não se sentissem subjugadas à inevitabilidade do corpo que reproduz, sentiam-se subjugadas por um corpo não-reprodutivo. O corpo que não reproduz aparece como a antinatureza. Uma ruptura com a lógica da vida.

A lógica da vida na modernidade não é de submissão à natureza, mas de controle sobre a natureza. É bom lembrarmos que toda noção do risco fabricado tem origem na busca pelo controle técnico e científico – sobre a natureza, sobre o corpo. A contradição acontece quando o suposto controle se torna, na verdade, risco, o que se verifica nos discursos das informantes.

Considerando-se no controle de sua vida reprodutiva, a infertilidade é inesperada para a maioria dos homens e mulheres. A descoberta da impossibilidade de engravidar sem recorrer à reprodução assistida emerge na fala como desesperadora:

“Nunca vou me esquecer do dia em que pegamos todos os resultados, o médico nos diz que de acordo com os resultados dos exames a nossa única maneira de termos nosso bebê seria através da fertilização in vitro com ICSI, o pior ainda foi quando ele me falou o preço do tratamento e que nem sempre dá certo na primeira tentativa... Quase chorei lá no consultório, passou um filme na minha cabeça, eu envelhecendo sem ter filhos e me bateu o maior desespero.” Ingrid

É evidente nessa fala a ruptura que o diagnóstico lhe causou com relação a sua expectativa de vida adulta. Uma vida sem filhos/as não fazia parte do seu projeto existencial. Assim como o depoimento de Cíntia que enfatiza que a falta de domínio sobre os fatos da

vida fortaleceu sua crença de que o controle está na ordem do transcendente. O depoimento é longo e apresenta várias nuances que não serão objeto de análise, mas vale à pena acompanhar a dimensão do controle que Cíntia julgava presente em relação a sua vida reprodutiva e conseqüentemente em relação a seu futuro e de sua família. Também é interessante perceber, através do depoimento, a longa trajetória em diagnósticos e ‘tratamentos’ médicos que as mulheres seguem usualmente ao se deparar com a dificuldade de conseguir engravidar:

“Sempre tive certeza, desde bem pequena, que tudo o que eu quisesse, eu conseguiria. Bastaria lutar muito que as coisas acabariam acontecendo no horário, na forma que eu quisesse. E eis que Deus me mostrou o contrário, pela 1ª vez, quando o meu pai, aos 43 anos faleceu. Não adiantou eu desejar a sua melhora, buscar todos os médicos e tratamentos, era chegado o seu tempo de nos deixar e ele se foi. Isso há 17 anos. Daí em diante comecei a refletir melhor dessa nossa “autoridade” sobre a vida. Será que somos tão poderosos assim? Mais uma vez, Deus me mostrou o contrário. O nosso poder é limitadíssimo, menor, muito menor do que imaginamos. E a prova, dessa vez, está sendo mais longa, envolve muito sofrimento também e se arrasta há 4 anos. Após dois anos de casada, segundo casamento, diga-se de passagem, com um homem responsável, fiel, resolvi que era hora de ter um filho. E claro que o meu filho seria lindo, pois eu, loira, olhos claros, alta, magra, o pai com o mesmo biotipo, diferenciando-se de mim apenas por não ter o rosto de lua cheia, que mistura maravilhosa daria! A Clara, como chamaria minha filha, porque, óbvio, seria menina, assim eu queria, seria loirinha, de cabelos cacheados, como os meus, olhos azuis, do pai, nariz do pai e com o meu humor. PERFEITA! Passaram-se meses, um ano e nada da Clara chegar. Fui ao meu amado médico, XXX, e começamos a investigar o porquê dessa demora em engravidar. Exames de sangue, dosagem hormonal, espermograma do marido, um exame doloridíssimo chamado histerossalpingografia (para verificar obstrução nas trompas), laparoscopia diagnóstica, com anestesia geral e tudo. Resultado: tudo normal. O casal perfeito é PERFEITO. Mais um tempinho de 6 meses e nada. Começamos então o tratamento para engravidar com o diagnóstico de esterilidade sem causa aparente, ESCA. O primeiro passo, inseminação artificial. Injeções para induzir a ovulação, ultrassonografia em dias alternados e o dia da inseminação, a 1ª. E eu com a minha prepotência tinha certeza que daria certo. ERRADO. E errado nas próximas 9. Sim, foram mais nove tentativas. É claro que aí a minha certeza de mandar na minha vida já estava indo por água abaixo. Enfim, depois desse cansaço todo e sem obter resultado, dei um tempinho de descanso. Passamos o carnaval na fazenda de amigos e aquela cólica infernal a me rondar, só que a “abençoada” não chegava. Intrigada, resolvi fazer o teste de gravidez: POSITIVO. Alegria, presentes, mimos de todos os lados, agora a Clara iria chegar. 5ª semana de gestação e eu perdi o meu nenê. Meu Deus, que dor! Dor física e emocional. Pensei que morreria. Mas, como sempre, reagi e continuei com a luta. Garrafadas, tratamento espiritual, promessas, nada adiantou. Enfim no começo deste ano (2004) resolvemos partir para a fertilização in vitro, FIV, nossa última alternativa. Mudei de médico, pois o meu deixou de atender pelo convênio. Procurei um outro, muito bem conceituado também. Começamos a indução da ovulação, aquelas injeções que já citei. 1ª ultra-som: nada de efeito dos medicamentos, o médico em alto e bom som, disse: “É, você deve estar com a sua reserva ovariana baixa, nenhum folículo, isso pode indicar menopausa

precoce”. Fiquei imóvel, estarecida, como menopausa, se tenho apenas 38 anos? Choro, desespero, lamento... 2ª tentativa: apenas um folículo (agora com o meu médico antigo), cancelamos o procedimento. Decidi desistir. Meu médico me convence do contrário, “vamos tentar com outro protocolo, usaremos a dose máxima de medicamentos e dará certo”. Ele acertou mesmo. Tive 3 folículos que se transformaram em 3 lindos embriões transferidos em uma terça-feira pela manhã. O sucesso até aquela etapa era total porque o comum é que sejam fecundados entre 50 a 70% dos óvulos, os meus foram 100%!!!! Após a transferência é recomendado repouso de 48 horas, eu fiquei praticamente imóvel por 72 horas. Me mudei para a casa da minha irmã, porque moro no 4º andar de um prédio sem elevador. Os dias passam devagar, com aquela pontinha de ansiedade para chegar logo o dia do teste de gravidez, marcado para 06/09/04. Na 2ª feira, 7 dias após a transferência eu senti cólicas e dor de cabeça. Chorei como uma criança, mas não era nada. Minhas amigas, grávidas, me consolavam dizendo que “isso é normal, no começo da gravidez temos os mesmos sintomas de quando vamos menstruar”. Enfim chega o dia do teste. Fiz logo pela manhã e às 15:30 verifico o resultado pela internet: NEGATIVO. Como assim, negativo? Cadê os meus bebês??? Eu não sabia o que era estado de choque, até aquele momento. Não conseguia olhar o resultado. Eu não era eu. Era outro alguém vivendo aquilo. Liguei para o meu marido e apenas disse: “NÃO DEU CERTO, FICA PARA A PRÓXIMA”. Ele apenas responde: tem certeza? – Sim, tenho. E isso tudo no meu local de trabalho. Não consigo assimilar direito o fato. Meu marido me busca e vamos para casa, antes ligo para todas que estavam na expectativa do resultado e dou a notícia. Todos ficam boquiabertos. Vamos para casa, minha mãe já está a minha espera. Não choro na frente dela, não consigo. Logo depois penso que vou morrer. Essa dor é a mesma de quando recebemos a notícia da morte de um ente querido. O luto é o mesmo. Enfim, hoje após três dias desse triste resultado, estou a pensar o quanto sou dependente da vontade de Deus. Ainda não era o momento. E eu não sei o porquê. A minha história não tem um final feliz, porque ainda não terminou. Apesar de toda dor, de todo sofrimento, ainda acredito que serei mãe. Já não sonho mais apenas com a Clara, tão parecida comigo. Já penso que o filho que Deus me der será muito bem-vindo. Já tenho 39 anos, sem recursos financeiros e preparo psicológico para novas tentativas... agora deixo a cargo de quem realmente é o dono de nossas vidas: DEUS. Sem nenhuma revolta, com a humildade que deveria existir sempre, me coloco ao seu dispor, para que Ele oriente a minha vida, sempre.” Cíntia

O dilema de Cíntia é ilustrativo da situação de vários ‘casais’ que recebem o diagnóstico de esterilidade sem causa aparente. É uma situação considerada de limbo, pois o fato de não se identificar o que inviabiliza a gravidez é fonte de maior angústia ainda do que para aquelas que têm um fator limitador identificado (nas mulheres, falta de ovulação ou de trompas uterinas ou nos homens, baixa ou nenhuma produção de espermatozóide, entre outros). No caso de Cíntia a questão da descendência biológica é também fortemente relacionada ao valor da ‘branquitude’ (uma filha loura e de olhos azuis), presente na sociedade brasileira, sobre o qual não discutiremos nesta tese, como já esclarecemos.

A fala também corresponde ao dilema de mulheres, principalmente de camadas médias e altas, que adiaram o projeto de ter filho para quando estivessem estabelecidas financeira e

emocionalmente. No entanto, descobrem, no momento considerado ideal, que é mais difícil engravidar, pois há um declínio exponencial da fertilidade das mulheres nessa faixa etária. Assim, passam a apostar nas promessas da medicina e das novas tecnologias para descobrir que estas são também falhas e que não há garantias. Sem garantias, não há controle. Destaca-se também na sua fala o projeto individual de Cíntia *‘resolvi que era hora de ter um filho’*.

O projeto de ter filhos/as não desvincula as mulheres que participaram desta pesquisa de seus projetos profissionais, como também identificou Vargas, em sua tese sobre valores de ‘casais inférteis’ de camadas médias no Rio de Janeiro: “de modo evidente, os casais informam que ter filhos decididamente é um ‘projeto’ relacionado à vida profissional da mulher, planejado e não se realiza ‘naturalmente’ a partir do casamento. Salientam-se assim a idéia de ‘racionalização’ e planejamento das etapas da vida congruentes com a inserção de classe e capital cultural desses sujeitos” (2006:179).

A maioria das mulheres tinha curso superior e profissão, sendo que uma delas enfatizou que ‘estava’ ‘dona-de-casa’, o que demonstra que não era desvinculada do mercado de trabalho, indicando desemprego ou afastamento temporário. Entre as entrevistadas e as pesquisadas no fórum encontramos jornalistas, professoras universitárias, advogadas, fonoaudiólogas, engenheiras, empresárias, psicólogas, dentistas, funcionárias públicas, pedagogas, economistas, secretárias, assistentes administrativas, professoras de crianças e adolescentes, veterinárias, entre outras. A classificação destas mulheres como pertencentes a camadas médias se deveu, principalmente, a sua atuação profissional. Vale enfatizar que o conceito de camadas médias compreende um grupo muito vasto e há diferenças consideráveis de renda e condições econômicas entre seus membros, como também podemos identificar entre nossas entrevistadas. Os procedimentos de fertilização *in vitro* e inseminação artificial não eram acessíveis a todas.

É interessante também observar que o alto nível de planejamento e racionalização do ‘projeto’ de filhos/as, presente na fala de Cíntia, não se opõe à percepção do poder da fé espiritual, muito evocada durante os ‘tratamentos’. Alaíde, evangélica, afirmou que sua religião pode não considerar aceitável os procedimentos ‘artificiais’. No entanto, para ela, o desenvolvimento tecnológico que permite aos humanos contornar dificuldades reprodutivas pode ser visto como uma dádiva divina. Neste sentido, justifica sua busca por alternativas tecnológicas: “acredito muito em Deus. Se ele deu sabedoria ao homem e ele pode me ajudar, por que não tentar?”

Vale enfatizar que muitas mulheres, no Brasil, não recorrem às tecnologias de reprodução, uma grande parte por não ter acesso, uma vez que os preços são elevados⁵⁰ e inatingíveis para a maioria da população e a oferta pública é baixa, mas também, algumas delas, por avaliarem que não querem correr os riscos e sacrifícios exigidos pelos procedimentos. Neste caso, ainda que o ‘tratamento’ possa ser considerado bem-sucedido, ao se conseguir a gravidez, é também comum a multigemelaridade. Ou seja, os riscos não aparecem somente durante os procedimentos, mas depois também (risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer, aumento do risco de eclampsia, entre outros).

Estas mulheres que se recusam a passar por procedimentos mais invasivos, optam por tentativas ‘naturais’ que incluem desde promessas, chás, garrafadas, sessões religiosas de cura até vitaminas, acupuntura e reeducação alimentar. Encontramos poucas mulheres com esse perfil no grupo de discussão, que se caracteriza justamente, como afirmamos, pelo estímulo às tentativas de ‘tratamentos’. Eis a fala de duas dessas mulheres que não aderiram à reprodução altamente medicalizada⁵¹.

“Apesar de eu ser completamente a favor, tanto da FIV como da ICSI, eu jamais os faria, pois entendo que não tenho estrutura emocional para isso, minha segunda opção é a adoção.” Éliada

“Olá a todas, estou muito feliz de noticiar o nascimento do meu filhinho no dia 24 de junho. Ele nasceu bem saudável, com 3,25 kg. Não fiz tratamento algum para engravidar, somente virei vegetariana. Evito ainda leite, ovos, alimentos refinados e industrializados.” GD

Uma pesquisa sobre representações da maternidade englobaria desde as mulheres que decidiram não ter filhos/as, mães adotivas, as que voluntariamente não lançam mão dos recursos tecnológicos para engravidar até aquelas que entregam seus/as filhos/as para adoção. No escopo dessa tese, entretanto, as representações da maternidade no campo da reprodução assistida são marcadas pela busca médico-tecnológica e por uma valorização do processo corporal da maternidade (a gestação). É importante levarmos em consideração que algumas das mulheres e casais que já haviam adotado crianças continuavam as suas tentativas de ‘tratamentos’ para engravidar. Adotar não implica necessariamente desistir de ter um/a filho/a ‘biológico/a’. Algumas mulheres se sentiam plenamente realizadas como mães de seus filhos/as adotivos/as, mas continuavam insistindo na necessidade da experiência da gestação e do parto, valorizada não só para vivenciarem no corpo, como para compartilharem com seus

⁵⁰ O preço médio de uma inseminação artificial é R\$3.000,00 e de uma FIV/ICSI R\$15.000,00, segundo as informantes.

⁵¹ A maioria das pesquisas na área de ciências humanas focou, de maneira crítica, neste aspecto medicalizado da reprodução (ver capítulo 4).

companheiros. Um símbolo persistente dessa valorização da maternidade corporal é a *barriga* da grávida. As falas indicavam a importância simbólica dessa *barriga*.

“Tenho uma forte vontade de seguir em frente com a FIV, quero ver minha barriga crescer e proporcionar essa experiência para meu esposo.” GD

É importante percebermos que esses significados são analisados, no contexto do campo da reprodução assistida, sem a intenção de se extrapolar para generalizações fáceis (*algo como todas as mulheres, todos os homens ou a mulher e o homem no singular*).

Para Brook “o corpo reprodutivo envolve todos aqueles dilemas do feminismo em como demandar múltiplas formas de estar no mundo para mulheres quando ‘a mulher’, como um sujeito, parece ter sido sempre marcada pela possibilidade da maternidade” (1999:23). Assim, colocamos a perguntamos sobre o que acontece quando as mulheres se vêem diante da impossibilidade da maternidade biológica?

A impossibilidade reforça a visão de que o ‘natural’ seria engravidar, gestar e maternar. O ideal da maternidade, “do sonho de ser mãe”, em face das dificuldades encontradas é exacerbado. Não sendo representativo do discurso de todas as mulheres, deve ser analisado como uma situação extrema, na qual se exageram alguns pressupostos culturais relacionados ao ‘desejo de ser mãe’.

No grupo de discussão, algumas mães adotivas se manifestavam defendendo a alternativa da adoção e orientando algumas mulheres sobre os procedimentos. O discurso era de se tornarem mães e pais ‘do coração’, pois o/a filho/a é concebido e gestado no coração. Nestes, como já destacamos anteriormente, elas questionavam a centralidade *da barriga* (mais do que da genética). Isto parece ser mais uma evidência de que há uma importância fundamental do processo da gravidez, que tem ainda mais peso do que a necessidade de ter uma descendência biológica.

“...Conheci uma pessoa que também passava pelos mesmos problemas que eu. Na verdade ela já havia até entrado em depressão. De repente ela resolveu que queria ser mãe do coração, e Deus a ajudou tanto que seu filho veio rapidinho... Amigas, vcs não têm noção de como a vida dela se transformou a partir disso, ela virou outra pessoa se sentindo tão mãe quanto qualquer outra que havia gerado o seu filho em seu ventre e eu presenciei tudo isso e fiquei maravilhada com os mistérios de Deus e a partir daí compreendi que a minha capacidade de ser mãe, de amar não estava condicionada ao meu ventre gerar ou não uma criança e porque não adotar um bb que tenha saído de um outro ventre?” GD

As falas sobre adoção são habituais no grupo, seja porque algumas já são mães adotivas, seja porque algumas fazem paralelamente ‘tratamentos’ e inscrição nos fóruns para se habilitarem para adotar ou ainda em virtude das que desistiram dos procedimentos e que começam a se informar e inquirir as demais sobre dicas, sugestões e caminhos possíveis.

Uma fala que não é encontrada neste grupo é de mulheres que decidiram escolher não ter filhos. A maternidade, buscada por diversos caminhos, é exaustivamente discutida, idealizada e desejada para as mulheres da comunidade virtual. Elas enfatizam a dimensão do projeto de ser mãe em oposição às mulheres que tiveram filhos sem querer ou que não desejam tê-los, ainda que fisicamente pudessem. Assim, emergem discursos sobre ser mãe, atributos das mulheres que ‘merecem’ ser mães ou o que define as *verdadeiras* mães, assim como, dos pais. Buscamos entender como estas percepções sobre a maternidade e paternidade podem favorecer uma discussão feminista sobre a parentalidade e a discussão das identidades feminina e masculina nos dias de hoje.

É importante diferenciarmos o conceito de maternidade das ideologias do maternalismo, segundo as quais a maternidade é identificada como função precípua das mulheres. As ideologias do maternalismo, relacionadas aos movimentos pró-natalistas, estiveram atreladas a práticas políticas de reforço reducionista das mulheres à maternidade, reforçadas pelo “mito do amor materno”. Nestas, há exaltação do papel natural da mulher como mãe, da sua atribuição exclusiva com os deveres e obrigações na criação do(a)s filho(a)s e a limitação da função social feminina à realização na maternidade.

3.1 Feminismo e Maternidade

Scavone (2004) e Stevens (2007) identificaram três fases no posicionamento das feministas euro-americanas com relação à maternidade e estas fases coincidem com aquelas identificadas anteriormente das ondas do feminismo:

Do Pós-Guerra até o início da década de 1960 com a influência da obra *o Segundo Sexo* de Simone de Beauvoir, obra de referência para os feminismos de todo o mundo até a década de 1970. Como afirma Adelman, Beauvoir “antecipou e preparou o terreno para o trabalho de uma geração posterior de teóricas feministas” (2004:66).

Neste período, a experiência da maternidade foi tida como um *handicap* (uma desvantagem) natural e a fonte máxima da opressão feminina. Assim, a sua recusa se constituiria como o primeiro caminho para subverter a dominação masculina e permitir às

mulheres o desenvolvimento de suas potencialidades. A particularidade reprodutiva feminina de gestar e amamentar foi tida como a fonte primária de dominação. A gravidez e os cuidados com os filhos foram pensados como fundamentos para se justificar as desigualdades sociais, encontradas na maioria das sociedades, das mulheres em relação aos homens.

Beauvoir, em fins da década de 1940, na França e Sullerot, na década de 1960, nos Estados Unidos demonstravam um desejo de apagar a diferença do corpo feminino, tanto quanto possível, como uma forma de transcender a uma característica física que representava limitações e restrições. A recusa da maternidade, viabilizada pelo controle da reprodução – mediante o acesso à anticoncepção e, em última instância, ao aborto – implicava, para esta corrente, o rompimento com a definição histórica das mulheres através da maternidade.

Para Beauvoir, a escravização do corpo das mulheres à função reprodutora é imperiosa: mencionava as crises de puberdade e da menopausa, a menstruação como “maldição” mensal, as características da gravidez – prolongada e difícil – além de outras doenças relacionadas. O caráter doloroso e arriscado do parto foi enfatizado. O aleitamento foi observado como uma servidão esgotante e o corpo feminino reprodutivo, de uma maneira geral, apresentado como uma prisão.

Contrariamente a uma teoria otimista cuja utilidade social é demasiado evidente, afirmou na sua obra clássica, o Segundo Sexo, “a gestação é um trabalho cansativo que não traz à mulher nenhum benefício individual (do ponto de vista exclusivamente biológico) e exige dela, ao contrário, pesados sacrifícios” (Beauvoir, 1970:50). As mulheres só se libertariam da prisão do corpo reprodutivo, da “servidão da fêmea”, ao envelhecer. Sua descrição dos processos psicológicos, existenciais e fisiológicos relativos à gravidez situava uma forma de alienação específica às mulheres:

“A gravidez é principalmente um drama que se desenrola na mulher entre si e si. Ela sente-o a um tempo como um enriquecimento e uma mutilação; o feto é uma parte do seu corpo e um parasita que a explora; ela o possui e é por ele possuído. Ele resume todo o futuro e, carregando-o, ela sente-se ampla como o mundo; mas essa própria riqueza a aniquila: tem a impressão de não ser mais nada” e continua: “alienada em seu corpo e sua dignidade social, a mãe tem a ilusão pacificante de se sentir um ser em *si*, um *valor* completo” (Beauvoir, 1970:262, grifos da autora).

Como existencialista, Beauvoir entendia que o sujeito só se coloca concretamente através de projetos como uma transcendência, só alcança a liberdade pela sua constante

superação da contingência, voltando-se a um futuro “indefinidamente aberto”, inventando e reinventando a vida. A imanência, o condicionamento, a contingência, a repetição infinita de ações, que não permitem a criação, seriam a degradação da existência “em si”, da liberdade em facticidade e, como tal, um mal absoluto. A alternativa concreta para as mulheres seria então a fuga deste imperativo através da negação da vivência da maternidade. Alternativa com a qual Beauvoir⁵² foi coerente durante toda a sua vida.

Assim, o corpo reprodutivo feminino foi visto como uma “armadilha biológica”, como o analisou Scavone: “considerava-se a maternidade como o eixo central da opressão das mulheres, já que sua realização determinava o lugar das mulheres na família e sociedade. A capacidade de reproduzir tornava-se o próprio feminino e a reprodução a marca que o constrói e o subordina ao masculino. Portanto, a recusa consciente da maternidade foi o caminho proposto por esse feminismo para alcançar a liberdade. Esta recusa consistia em uma tentativa de negar o fatalismo biológico feminino da maternidade, romper com o determinismo dado pela natureza, já que ele era um argumento forte para justificar as desigualdades entre os sexos” (Scavone, 2004:178).

Para Sullerot (1965), o corpo natural feminino necessariamente limita as oportunidades das mulheres. A autonomia feminina passaria por esta libertação das características naturais das mulheres relacionadas à gravidez, parto e amamentação. Assim ela o afirmou: “se como diz Merleau-Ponty, o homem se define ‘pela recusa em limitar a uma de suas determinações’, a mulher está em via de se tornar cada vez mais ‘humana’ e menos ‘fêmea’” (1965:214).

Em consonância com esta análise, Brook analisou que: “É compreensível que uma grande parte da energia feminista tenha ido para as tentativas de minimizar ou mesmo apagar essa marca particular do corpo feminino” (Brook, 1999:6). Tais argumentos, por sua vez, confirmavam a ideologia masculina dominante sobre a impossibilidade de se combinar a maternidade com uma atividade intelectual e reiteravam a separação binária corpo e mente.

A partir dos anos 1970, os significados da maternidade para as mulheres foram explorados, uma vez que se distanciou da idéia da sobredeterminação feminina pela maternidade. A problematização sobre a dinâmica maternidade – paternidade também foi evidenciada.

⁵² Sabe-se que a filha adotiva de Beauvoir, foi, na verdade, sua amante por vários anos. A adoção foi uma forma de torná-la sua herdeira, não apenas economicamente, mas também de seu legado intelectual. Ver Rowley, 2006.

A perspectiva das relações de gênero, com um novo olhar sobre a diferença, permitiu inclusive que a positividade da maternidade fosse destacada. Autoras como Chodorow (1990), Rich (1986) e as francesas Irigaray (2002) e Kristeva (2001) expressaram essa abordagem. Em consonância com a onda do feminismo da diferença, esta fase propôs o resgate, a reinterpretação e revalorização da diferença, garantindo, nas suas pesquisas e formulações teóricas, um lugar privilegiado para a maternidade.

Para algumas dessas autoras, a maternidade foi tomada como um poder insubstituível, exclusivo das mulheres, a que os homens invejam. O fortalecimento da identidade feminina construiu-se com base em uma estratégia que passava pelo corpo e pela maternidade, pois se tratava de fortalecer o poder das mulheres pelo resgate de uma história que as diferenciava dos homens.

Rich enfatizou a capacidade reprodutiva das mulheres em sentidos positivos. Griffin, expoente do eco-feminismo, defendeu a idéia de que o corpo natural e reprodutivo feminino possibilita às mulheres uma posição ética superior. Tuttle (1997) observou criticamente que o discurso do eco-feminismo reiterou uma associação entre mulher e natureza e fomentou um novo culto à maternidade: as mães passaram a ser vistas como agentes do repensar a relação ser entre o humano e a natureza (in Stevens: 2007:19).

“Afirmando a diferença, a mulher pode libertar-se da dominação sobre ela de uma cultura no masculino”. Esta frase clássica do feminismo da diferença é de autoria de Irigaray (2002:7), expoente desta corrente que recupera a maternidade como um atributo específico das mulheres e enfatiza seu valor social.

Para Irigaray (2002), a questão central é o incômodo com a perspectiva de um Sujeito único, masculino. Segundo a autora, a questão da alteridade apresentada por Beauvoir no “segundo sexo” é uma “falha teórica e prática”. Identificar a mulher como o Outro e propor a sua ascensão a este lugar único, não resolve a questão, uma vez que o Único continua inalterado: “em vez de dizer: não quero ser o outro do sujeito masculino e, para tanto, pretendo ser igual a ele, eu digo: a questão do outro está mal colocada na tradição ocidental, o outro é sempre o outro do mesmo, o outro do próprio sujeito e não um outro sujeito a ele irreduzível e de dignidade equivalente. Isto significa que ainda não existiu realmente o outro para o sujeito filosófico, e mais geralmente o sujeito cultural e político, nesta tradição” (2002:4).

Assim, é necessário fundar esse Sujeito feminino em sua diferença. Irigaray (2002) propôs várias formas de se fazer esta fundação, que não são objeto desse capítulo. O que interessa, de fato, é perceber como a maternidade é importante para este processo de referenciação. Para a psicanalista, há particularidades no mundo feminino que não se encontram no masculino, em relação ao trabalho, à linguagem, à natureza, à cultura e ao corpo.

Irigaray enfatizou as etapas corporais muito mais marcadas na vida das mulheres: puberdade, maternidade e menopausa. Entendeu que as especificidades femininas devem também gerar direitos específicos, pois as mulheres são levadas a fazer escolhas específicas em relação aos homens e estas escolhas não podem permanecer individuais nem privadas, mas precisam ser garantidas pela lei: a escolha livre da maternidade, a escolha dos ritmos de trabalho, a escolha de quem terá a guarda das crianças menores em caso de divórcio ou de separação (Irigaray, 2002).

Kristeva (2001), por sua vez, destacou a necessidade por um novo discurso sobre a maternidade que possa reconhecer a importância da função materna no que diz respeito à subjetividade e à cultura. Para ela, é preciso se repensar a função maternal e sua importância no desenvolvimento da subjetividade e no acesso à cultura e à linguagem, pois a lei materna é a lei antes da lei, antes da lei paterna. O corpo materno situa-se entre a natureza e a cultura. Não se pode reduzir a maternidade à natureza.

“Cuidado, cultura, civilização. Fora da maternidade, não existem, na experiência humana, situações que nos coloquem em face dessa emergência do outro de forma tão simples e radical (...) Se todo amor do outro se enraíza nessa experiência arcaica e fundamental, única e universal, do amor materno, se o amor materno é o menos ambivalente (...), pois bem, é sobre o amor materno que são construídos... a caritas dos cristãos e os direitos do homem dos leigos” (Kristeva, 2001:74).

Outra contribuição do feminismo de segunda onda foi a problematização sobre a parentalidade. Questões relacionadas à distribuição das responsabilidades parentais no cuidado com os filhos foram colocadas na agenda dos feminismos político e acadêmico. A discussão sobre a paternidade emergiu nesse momento. Os pais não eram pensados enquanto possíveis cuidadores dos bebês e crianças. A reivindicação por oferta de equipamentos coletivos para os/as filhos/as foi valorizada pelo feminismo de primeira onda e a participação

dos pais não era colocada em questão. O feminismo de segunda onda revela a necessidade de se repensar o lugar do pai.

Chodorow (1990) utilizou o termo maternagem (ou maternação) para designar o envolvimento construído como naturalmente feminino com os/as filhos/as e as crianças, que não diz respeito apenas aos cuidados requeridos em tenra idade, mas ao afeto, aos cuidados e à educação dos/as filhos/as ao longo da vida. A maternagem tem sido um processo de responsabilização das mulheres perante a vida dos filhos/as e crianças: “As mulheres sempre cuidaram de crianças, em geral como mães em famílias e às vezes como trabalhadoras em centros de assistência à infância, como domésticas pagas ou como escravas. A maternação das mulheres é um dos poucos elementos universais e duráveis da divisão do trabalho por sexos” (Chodorow, 1990:17).

Chodorow perguntou-se por que – apesar de as exigências físicas e biológicas concretas da gravidez e cuidado infantil terem diminuído pelos avanços da medicina e pela introdução do aleitamento artificial na alimentação infantil, entre outros fatores – a maternação ainda é atribuída exclusivamente às mulheres, sendo um forte elemento de constituição da identidade feminina.

A autora examinou como a nuclearização da família contribuiu para que a maternação tenha se tornado uma atividade feminina mais isolada e exclusiva. Não podendo contar com a participação de outros membros familiares, as mulheres arcaram sozinhas com as crianças na família privatizada. Ao passo que a modernidade impeliu o homem para o trabalho extradoméstico, também excluiu do seu interior avós, irmãos/ãs, e outras pessoas que viviam com a mãe e contribuía na rotina doméstica.

Chodorow (1990) demonstrou, na década de 1970, que as mulheres continuavam sendo quase totalmente responsáveis pela maternação dos/as filhos/as. Mesmo participando do trabalho remunerado, e dividindo com as creches e escolas a convivência e educação dos filhos, elas se mantinham como educadoras e gerenciadoras da sua educação e formação.

As mudanças descritas pela autora nas famílias, em função do novo lugar ocupado pelas mulheres na sociedade, foram amplas: de pessoas tuteladas por seus esposos e pais a indivíduos juridicamente dotados dos mesmos direitos e deveres; de dependentes economicamente a pessoas autônomas para participar do mercado de trabalho e da vida política. Mudanças amplas que escondiam permanências. Na família, a divisão desequilibrada das tarefas domésticas com os homens e a persistência da violência doméstica. No trabalho, um mercado profissional segregado que lhes oferecia os piores salários e cargos. Destacou que, ainda quando têm as mesmas

qualificações, as mulheres ganhavam menos que os homens, o que dificultava sua autonomia plena, para, por exemplo, ganhar o suficiente para manterem-se por si próprias e criar os filhos adequadamente.

Assim, Chodorow desenvolveu uma teoria pela qual a participação eqüitativa de homens e mulheres na vida dos filhos seria importante para produzir e reproduzir novas relações na sociedade.

Houve novas nuances teóricas em relação à chamada experiência da maternidade. Também se verificou nesse período estudos que ressaltaram a patologização do nascimento e do parto e questões sobre a ingerência da medicina no poder feminino sobre a reprodução. Destacou-se que a gravidez e o parto tornaram-se medicalizados e que, a profissionalização da maternação representou a exclusão das mulheres (as parteiras tradicionais) dos saberes sobre os ‘corpos grávidos’ e suas necessidades e processos. Estes passaram a ser vistos como uma condição médica ou patológica e não como um processo biológico saudável.

Toda uma literatura sobre a excessiva medicalização do parto no Ocidente se desenvolveu. A gravidez e o parto foram entendidos como mecanizados e patologizados pela intervenção médica marcada pelo patriarcalismo – identificada como “maternidade dominada”. A agenda era clara: rejeição da tecnologização masculina e uma demanda pelo parto natural para e pelas mulheres. Estes temas são caros às feministas no estudo das novas tecnologias reprodutivas.

Em suma, destacamos temas predominantes no feminismo da segunda fase: a afirmação da diferença das mulheres em relação aos homens; a contribuição para a discussão da paternidade e da divisão do trabalho doméstico e, ainda, a crítica à medicalização e à patologização do parto. Ao introduzir a categoria gênero, o feminismo passou a absorver o aspecto relacional da parentalidade e também a possibilidade da diferença.

A paternidade deixa de ser apenas uma exterioridade, a figura de poder, respeito e distanciamento, para ser igualmente construída no cotidiano, na convivência e mediante os cuidados. Neste sentido, Costa observou que “não somente a saúde reprodutiva como também o cuidado diário com os filhos (como dar banho, comida, etc) tem sido considerado como responsabilidade feminina. (...) Proponho desenvolver o argumento de que se encontra em marcha um processo de tentativa de incorporação dos homens nas responsabilidades relativas à saúde reprodutiva e ao cuidado diário com os filhos. Esta tentativa de incorporação aponta justamente para a prevalência destas responsabilidades como atribuição feminina e é vista, por

um lado, como propiciando uma divisão de tarefas e encargos considerados pesando exclusivamente nos ombros das mulheres; e, por outro, como permitindo aos homens um contato maior com os filhos e com as áreas sensíveis da vida” (Costa, 2001:33).

Vale destacar que a agenda feminista da reinvenção da paternidade e da redistribuição dos cuidados domésticos ainda está por ser incorporada às políticas de equidade. Pesquisa da Fundação Perseu Abramo indicou que, no Brasil, em 96% dos domicílios em que residem mulheres, uma mulher é a principal responsável pela execução ou orientação dos afazeres domésticos. Nas unidades familiares em que casais coabitam, 2% dos parceiros são os principais responsáveis pelo trabalho doméstico e 18% auxiliam, o que representa uma participação masculina em apenas 19% dos casos, em contraste com a participação feminina, quase absoluta, de 96% na execução dos afazeres domésticos (Venturi, 2004).

Na terceira fase, correspondente ao pós-modernismo e pós-estruturalismo feminista e ao feminismo multiculturalista, enfatizou-se a pluralidade dos significados relacionados à maternidade e à paternidade. O corpo que gera e reproduz só podia ser explicado em uma matriz de inteligibilidade que lhe dá um sentido social. Manteve-se uma indagação sobre a maternidade, sob variadas perspectivas incorporando tanto críticas quanto defesas e negociação. A maternidade passou a ser abordada com mais ambigüidade, como lócus de poder, auto-realização e reverência, mas também sacrifício e desvalorização (Stevens, 2007).

A importância da percepção das ‘diferentes diferenças’ foi o cerne fundamental desse novo momento. A partir delas se identificaram as hierarquias de gênero e classe social na parentalidade. A emergência da visibilidade das mães solteiras, por exemplo, chefes de família, chamou atenção para um modelo de família que predominava nas camadas baixas e passou a se generalizar para as demais classes sociais, desafiando a norma: a família conjugal.

Se para um número expressivo de mulheres, a autonomização entre a vida reprodutiva e a sexualidade representou também um processo de autonomização individual, para outras, pode ter significado um processo maior de controle e assujeitamento. A história das políticas de reprodução é exemplar neste sentido. A agenda do acesso universal a métodos anticoncepcionais não representou a mesma possibilidade de liberação para mulheres negras ou indígenas, de classes sociais mais baixas e de alguns países em desenvolvimento que adotaram – oficialmente ou não – políticas anti-natalistas.

A anticoncepção compulsória, que muitas vezes se efetivou com a esterilização mediante histerectomia, se deu majoritariamente em mulheres mais vulnerabilizadas pela

pobreza ou pela raça, normalmente as duas condições associadas. Além disso, o anti-natalismo na maioria das vezes foi sobreposto à oferta de saúde pública adequada.

Desde a década de 1960, os discursos sobre o controle populacional se disseminaram e ganharam força, principalmente atrelados à idéia de que as populações dos países do terceiro mundo deveriam ser contidas. O tema populacional foi tratado como questão de Estado e envolveu, na maior parte das vezes, o controle dos “corpos” das mulheres, responsáveis pela reprodução.

O movimento feminista em países como a França, por exemplo, lutou, nos meados dos anos 1960, pelo direito à contracepção livre e gratuita, e foi por meio desta luta que a contracepção moderna se democratizou e expandiu naquele país. No Brasil, a contracepção moderna expandiu-se no impulso das políticas controlistas para reduzir o seu crescimento demográfico. Houve o desenvolvimento de um anti-natalismo à brasileira, cuja característica maior foi não ter sido assumido como política oficial, mas ter sido implementado na prática – a ponto de se ter alcançado um resultado tão ou mais eficaz que os países que assumiram políticas controlistas oficiais.

Por outro lado, algumas agendas feministas tradicionais, foram revistas. A discussão sobre a patologização da gestação e do parto não faz sentido para mulheres que ainda não têm acesso ao pré-natal e à assistência médica adequada no país. Àquelas que engrossam os altos índices de mortalidade materna no Brasil, a discussão da “maternidade dominada” não interessa, porque as questões básicas de acesso ao pré-natal adequado e aos cuidados médicos ainda não se materializaram.

A excessiva medicalização, denunciada pelas feministas da segunda onda, extensiva à reprodução assistida não afeta em igual proporção todas as mulheres, considerando que muitas não têm acesso a recursos médicos básicos, menos ainda a recursos tecnológicos sofisticados.

Várias feministas vêm revelando que frequentemente as mulheres, principalmente de grupos étnico-raciais minoritários e da classe trabalhadora, não são incluídas como beneficiárias de novas tecnologias, mas como vítimas de experimentos médicos, negligência e desrespeito. As conexões entre medicina, eugenismo e o controle reprodutivo das mulheres (principalmente pobres) foram evidenciadas. Os dilemas da medicalização da maternidade, de um lado, e da restrição do acesso à maternidade e as tecnologias biomédicas, de outro, coloca diferentes questões para o feminismo.

Para o feminismo inspirado nas inquietações de mulheres lésbicas, as novas tecnologias reprodutivas não podem ser vistas apenas sob o olhar do assujeitamento e da medicalização, uma vez que, em se permitindo o acesso de mulheres solteiras e casais de lésbicas, podem tornar uma parceria tida como não-reprodutiva, em parceria reprodutiva. Embora esse tema não seja consensual (como de resto nenhum é) entre as feministas lésbicas, pois algumas temem que a conjugalidade se torne mera reprodução da conjugalidade heterossexual, perdendo sua força subversiva. Para outras, a subversão consiste justamente no direito de mulheres que não tem parceiros homens exercerem a maternidade.

Ou seja, se forem ouvidas várias vozes de feministas e mulheres no campo da reprodução assistida, a pluralidade de perspectivas em relação à maternidade e paternidade, subversão da norma heterossexista e reinvenção da parentalidade e da filiação será a tônica dessa escuta.

Neste sentido, Thompson já afirmara que “a reprodução assistida tem se mostrado como um perfeito texto feminista para as duas últimas décadas” (2005:56). A partir da escuta das mulheres informantes entendemos que se estabelece, em primeiro lugar, a necessidade de se colocar a discussão sobre a maternidade e a paternidade no centro da teoria feminista e, em segundo lugar, o imperativo da reflexão sobre como se constroem, atualizam, resignificam discursos sobre maternidade e paternidade biológica, genética ou social no campo da reprodução assistida no país.

3.2 Quando o Corpo e suas Substâncias se Deslocam: útero, sêmen e óvulos em circulação

“Uma pessoa me falou que nunca faria uma FIV por considerar um procedimento muito agressivo. Falou com estas exatas palavras: é ir muito contra a natureza.” GD

“Penso e os médicos dizem tb, apesar de desconhecidos, os riscos são imensos...ninguém sabe ainda quais são realmente estes riscos... tudo em fertilização é ainda muito novo... Tenho medo, mas não dá pra parar em função só de medo.” Diva

Um dos elementos mais instigantes da introdução das novas tecnologias reprodutivas é a possibilidade de manipulação e circulação de gametas humanos e mesmo do próprio corpo feminino. Grande parte dos dilemas apresentados nos projetos se relaciona a esse tema. Neste sentido, as tecnologias de concepção deram origem a novos dilemas morais, retomando o nosso conceito base de sociedade de risco fabricado. Verifica-se também, conforme Giddens

apontou, o aumento da incerteza. Esta não diz respeito apenas às novas situações sociais e experiências psíquicas, mas também aos efeitos desconhecidos da técnica. Uma série de procedimentos caracteriza a vida das *'tentantes'*: exames, ultrassonografias, monitoramento da ovulação, medicações, hormônios, injeções, consultas médias periódicas, entre outros fazem parte do seu cotidiano. Esses procedimentos buscam diminuir a incerteza quanto ao engravidar, aumentando as probabilidades de gravidez, mas não retiram a incerteza que buscam afastar e criam novos tipos de incerteza:

“Minha filha foi gerada por FIV e, para ser sincera, pesa uma dúvida de que ela venha a ter algum problema no futuro, alguma doença genética, sei lá. Até mesmo em relação a mim, não sabemos se acontecerão prejuízos que impliquem em doenças como câncer ou outras. No entanto, acho que teria que correr o risco, até porque as doenças vêm mesmo quando levamos uma vida extremamente natural ou somos gerados naturalmente.” Pietra

O grau de incerteza em relação aos resultados e efeitos é um dos argumentos levantados por algumas feministas contrárias às novas tecnologias reprodutivas. Estas destacaram seu aspecto nocivo em relação à saúde das mulheres. Enfatizaram o fato de que as técnicas são agressivas ao corpo e ao equilíbrio psíquico, devido à administração de hormônios e outros medicamentos, os quais são repetidos com frequência, em face das probabilidades de sucesso serem baixas, além do desconhecimento dos seus efeitos colaterais. A excessiva medicalização da gestação e do parto, bastante explorada pelo feminismo de segunda onda expande-se neste contexto da reprodução assistida.

As feministas também chamaram atenção para a manipulação das estatísticas sobre o sucesso da técnica, exercida pelas clínicas. A mídia contribui para uma visão distorcida das técnicas ao vender a idéia da sua eficácia para a realização do 'sonho' de um filho/a biológico, deixando de enfatizar que a grande maioria das pessoas submetidas aos procedimentos não consegue realizar 'seu sonho'. Corrêa afirmou que: “se considerarmos, apenas do ponto de vista técnico, os elementos que envolvem a prática dos 'tratamentos' da reprodução assistida – custo elevado, baixa performance, altas taxas de risco e efeitos colaterais – e o número de pessoas realmente beneficiadas entre as expostas, não é difícil concluir que a reprodução assistida está longe de ser a panacéia definitiva para os males da ausência involuntária de filhos” (1997:87). Não é à toa que encontramos muitas mulheres como Cíntia, que julgavam ter tomado controle da sua reprodução através dos 'tratamentos', até se verem novamente em uma situação de incerteza.

Uma das incertezas, no entanto, é prévia aos procedimentos: quando não são identificadas causas físicas para não acontecer a gravidez, a chamada ESCA⁵³, esterilidade sem causa aparente. Em uma situação de grande controle dos elementos reprodutivos do casal, as mulheres se sentem mais angustiadas por não identificarem problemas que justifiquem que não engravidem.

“Como tenho ESCA fomos tentando engravidar... Temos a sensação de que não está ocorrendo um fato, mas sim estamos vivendo uma circunstância advinda não sabemos do que, já que não existe uma causa para a infertilidade. Enfrentar essa dificuldade pode parecer, às vezes, pior do que se soubéssemos da existência de um motivo para a infertilidade, porque aí trataríamos e poderíamos resolver o problema. O meu marido encara com mais tranquilidade que eu, mas como todo homem, acho que omite o sofrimento que realmente existe.” Cíntia

“No início sofremos muito, pois não aparecia nenhum problema. Passamos por 15 médicos, diferentes opiniões até acertamos com tratamento imunológico e conseguimos. Foram 6 anos de tratamentos, dúvidas e dores.” Andréa

Risco e segurança, certeza e incerteza, controle e perda de controle, acesso a novas tecnologias e suas potencialidades e promessas, os elementos da sociedade de risco fabricado podem ser identificados fortemente no campo da reprodução assistida. A fala abaixo me parece uma das mais significativas neste sentido. A informante conta que, mesmo durante o processo de preparação para receber óvulos doados ainda tinha dúvidas sobre o procedimento:

“Fiz tratamento com o Dr.X. Tinha esse problema de baixa resposta, respondia muito mal aos medicamentos, fiz 5 tratamentos (isso mesmo, 5!!!), fiz alguns em minha cidade (sem sucesso), outros em ótimas clínicas, quando cheguei no Doutor X estava cansada, desiludida. A primeira consulta foi certamente decepcionante, ele mostrou uma realidade que talvez eu não queria enxergar, mas seria muito difícil um tratamento com sucesso utilizando meus óvulos. Fui embora realmente revoltada com a atitude dele, eu já tinha sofrido tanto com tratamentos, e uma pessoa vem e fala sobre um tal tratamento de óvulo doado, aquilo caiu como uma bomba na minha vida. Fiquei tentando entender aquela história, depois voltei no consultório, fiz mil perguntas. Minha cabeça e do meu esposo ainda estava bem confusa, li muito sobre o caso, procurei entender e aceitar. O tratamento: escolhemos o perfil de nossa doadora, pronto, quando me ligaram dizendo que iniciariamos o preparo do ciclo, fiquei com medo (será que eu queria aquilo?), passei a confiar mais no doutor, a relação médico/paciente foi se estreitando. Dia da transferência: embriões lindinhos, eu já estava

⁵³ Nos Estados Unidos, uma das minhas entrevistadas tinha ESCA. Tentou engravidar por 10 anos. Como não queria se submeter à FIV, fez 8 procedimentos de inseminação. Engravidou apenas na oitava, quando já tinha perdido as expectativas de conseguir. Um ano depois, engravidou naturalmente. Quando eu a entrevistei, estava grávida do terceiro filho e o casal estava cogitando adotar método anticoncepcional irreversível.

mais calma naquela fase, só pensando no meu positivo, só pensando que tudo poderia dar certo, sim. Dias de espera: dia do beta, nervosa, ansiosa, eu sabia o que tinha passado até ali, não era fácil. Primeiro resultado: 500 (e alguma coisa..), isso era um positivo, felicidade a mil, ligo para meu marido para o doutor, choro, não queria acreditar. Hoje: passou-se 1 ano, meus lindos (dois meninos) estão ao meu lado agora, como é bom ser mãe, eu nem sei mais o que é essa história de doação de óvulos, eu sei o que é ser feliz. E hoje, pela primeira vez, estou retornando ao site (com outro nome, mas com uma história com um final feliz). Ninguém da nossa família sabe sobre a ovodoação, mas isso não me preocupa mais. Me preocupo com o futuro dos meus anjinhos, isso é o que importa agora!!” GD

Neste capítulo interessa explorar as incertezas relacionadas à circulação de material reprodutivo. Cada país tem uma legislação diferenciada em relação à utilização de gametas de terceiros. No Brasil, embora não haja uma legislação, há uma normatização do Conselho Federal de Medicina que proíbe a comercialização de gametas e assegura o anonimato dos/as doadores/as. Também não é permitida a popularmente chamada barriga de aluguel, limitando-se essa possibilidade à cessão a parentes de até segundo grau. É importante ressaltar que, mesmo os projetos de lei que propõe quebrar com o anonimato, por um princípio de direito à identidade genética, não estabelecem filiação, direitos sucessórios ou responsabilidade parental entre doadores/as e crianças geradas com seu material genético. Um indício de uma forma paradoxal de desgenetização da parentalidade.

No país, não se pode vender óvulo ou sêmen, nem pagar pela cessão de útero de outrem. No entanto, é possível se comprar sêmen importado via clínicas de reprodução humana. No caso da necessidade de óvulo, não se dispõe de um “banco de óvulos” (como há “bancos de sêmen”), pois a tecnologia não propicia o congelamento do material reprodutivo feminino. Isto torna mais difícil a transação nacional ou internacional de óvulos. Ainda assim, há registro de mulheres que viajaram para fora do país para receber óvulos comprados. Não identificamos, nas fontes jornalísticas, nenhum caso de brasileiros/as que recorreram à ‘barriga de aluguel’ no exterior. A gestação de substituição é um recurso pouco valorizado culturalmente, uma vez que o valor da *barriga* é alto.

Alguns/mas pesquisadores/as analisaram o fenômeno do chamado ‘turismo reprodutivo’ (Cherian-Thomas, sd.), pelo qual, mulheres, homens, casais hetero e homossexuais procuram fazer procedimentos em países que favoreçam as suas demandas reprodutivas. Por exemplo, em alguns países há maior controle da idade máxima da mulher ou do acesso a solteiras e casais homossexuais, no entanto, as pessoas burlam a legislação nacional ao procurem clínicas em um país mais liberal em relação aos critérios de

elegibilidade. No Brasil, até onde pesquisamos, não foi identificada que a vinda de casais do exterior se devesse às brechas da legislação nacional, mas à procura de alternativas de ‘tratamentos’ mais viáveis economicamente.

Nos Estados Unidos, há tanto comercialização de óvulos, como de sêmen. Embora os comitês de ética estabeleçam que não deva haver pagamento por óvulos e sêmen, mas, oferecer alguma forma de compensação aos doadores/as que não caracterize ato comercial, não é bem o que se verifica na prática⁵⁴. Não há restrições em relação a doadores/as conhecidos/as. Mediante contrato e pagamento, mulheres cedem seu útero para gestarem embriões dos/as contratantes. Vale ressaltar, no entanto, que a legislação lá não é nacional. Nesse sentido, há variações consideráveis entre os estados. Isto favorece um turismo reprodutivo interestadual. Quanto ao procedimento para mulheres solteiras que desejam ter filhos/as, apesar da legislação não ser unificada no país, 84% das clínicas aceitavam fazê-lo, em 2004. Há registros sobre a utilização de sêmen doado há, pelo menos, cem anos (Inhorn & Balen, 2002:16).

Pode-se falar que, em um mundo globalizado, no qual há maior facilidade de pessoas de camadas altas se deslocarem e devido à comunicação e ao comércio virtuais, a dimensão dos dilemas reprodutivos relacionados à utilização de gametas doados (ou comprados) adquire um caráter transnacional.

Corrêa chamou atenção para o fato de que não se sabe ao certo o índice de sucesso das clínicas. Também não dispomos de informação sobre o número de procedimentos que envolveram reprodução colaborativa e a utilização de sêmen doado.

A mídia impressa tem veiculado alguns ‘casos’ sobre o tema, como, por exemplo, sobre a importação de sêmen dos Estados Unidos ou até mesmo de óvulo de mulheres americanas (proporcionando a vinda das respectivas ‘doadoras’ ou o contrário), do acesso de mulheres solteiras ou casais de lésbicas às tecnologias, da idade avançada de mulheres que vem adiando o projeto de maternidade e acabam precisando de ajuda médica, da possibilidade de se escolher as características, o sexo dos bebês, entre muitas outras.

No entanto, dada as dificuldades que a maioria dos/as pesquisadores/as tem encontrado para realizar etnografias e a ausência de um órgão que concentre informações nacionais sobre as clínicas, não há como se identificar o número de crianças nascidas com

⁵⁴ Não foi incomum encontrar anúncio de pessoas à procura de óvulos ‘doados’ por mulheres estudantes de Harvard, no campus em que estudei. Estas mulheres eram as que recebiam maior compensação por doar os óvulos (na época, em torno de US\$ 50.000,00).

sêmen e óvulo de doadores, saber como as famílias pensaram em abordar (se pensaram) o tema, como se dá a recepção e doação de óvulos e sêmen⁵⁵, ou qual o escopo de atuação dos serviços oferecidos. Assim, mesmo quando encontramos uma pluralidade de discursos sobre o tema, nos defrontamos com enormes zonas de silêncio. Ainda o espaço do segredo.

3.2.1 Valores relacionados à Recepção de Óvulo Doado e ao Útero de Substituição

“A recepção de óvulos passou a ser a minha única opção por um tempo... e eu tenho uma única opinião... se esta no ventre é meu...” GD

“Estou com muito receio de não ter dado certo novamente. Meu marido não quer fazer de novo, acha que devemos partir para a adoção. Nada contra, só que a idéia de que eu jamais vou gestar e amamentar me deixa muito triste.” GD

No Brasil, como já afirmamos, comercializar óvulos ou sêmen é proibido, pois se enquadra na lei de venda de órgãos, a doadora ou doador devem ser anônimos, a doação deve ser espontânea e a gravidez secundária (barriga de aluguel) só é permitida entre parentes de até segundo grau. Como a doação é anônima quem escolhe a doadora de óvulos (e também de sêmen) é a própria clínica. Também não pode haver venda de órgãos humanos ou suas substâncias, assim, o contrato de venda ou cessão temporária do corpo humano não é lícito.

⁵⁵ Cláudia Colluci, jornalista da Folha de São Paulo, que tem um blog voltado para questões relacionadas à infertilidade, denominado “Quero ser Mãe”, acumulou anos de pesquisa na área e afirmou “Em mais de uma década fazendo reportagens e escrevendo livros sobre esse mundo da reprodução assistida, só conheci um caso de uma mulher que revelou à filha a sua verdadeira origem. Ainda assim, ela o fez porque a família toda sabia que ela não tinha os dois ovários e a gravidez só seria possível com óvulos doados. Antes que a filha descobrisse a verdadeira história da sua concepção por outras pessoas, ela decidiu contar quando a menina fez sete anos. Felizmente, não houve nenhum trauma e a menina, uma adolescente, encara a história com muito bom humor. Na avaliação de muitos psicólogos, os pais devem sim contar aos seus filhos, no momento certo e da forma adequada, a verdade sobre a concepção. Os não-ditos, as omissões, podem provocar danos psicológicos irreparáveis na relação, alertam eles. Os médicos, por sua vez, continuam achando isso uma grande besteira. Tentam traçar uma similaridade entre a doação de gametas e a doação de sangue” (website Collucci, 2008). O médico Sidney Glina, na audiência pública, em 1999, reiterou essa informação ao afirmar que: “no Brasil não conheço nenhum casal que tenha revelado à criança que ela é fruto de sêmen doado. Nos Estados Unidos, existe o clube dos casais que fizeram esse tipo de revelação para os filhos, mas no Brasil isso não existe”.

Há critérios diferenciados em relação à doação de óvulos (e sêmen) e à cessão de útero. Enquanto nos primeiros é proibido o uso de células reprodutivas de doadores conhecidos, inclusive de parentes, no segundo, só é permitido o procedimento entre parentes.

Luna colocou em debate o fato de ser exigido o parentesco na gestação de substituição, comparativamente ao seu impedimento na doação de gametas: “uma gestante substituta e um doador de gametas teriam como ponto comum o fato de cederem material reprodutivo sem intenção de procriação para si. Por que a cessão do útero é vista de forma diferente da doação de gametas, de modo que o primeiro processo deva ocorrer necessariamente com parentes da mãe intencional fornecedora dos gametas, e o segundo processo exige o anonimato do doador na regra brasileira?” (Luna, 2005).

Algumas entrevistadas mencionaram que condicionariam a aceitação da utilização de gametas doados à possibilidade de receberem de seus familiares (sobre esse assunto ver no anexo 17 a consulta nº. 70.222/01), como a fala de Maria.

“Falaram para eu reservar um sêmen (de doador). Fui e sou veemente contra. Poderia até usar do meu sogro, mas não de um estranho.” Maria

No caso de sêmen, cogita-se solicitar de sogros ou cunhados e no caso de óvulo, de irmãs ou mesmo de filhas. Fato que não é incomum nos países que não obrigam o anonimato de doadores/as, conforme Thompson demonstrou. Para a autora, a biomedicalização da sociedade nos Estados Unidos vem alterando a noção de identidade e parentesco. Com a denominada ‘reprodução colaborativa’, isto é, a introdução de gametas e embriões doados ou da gravidez de substituição, há alteração na ordem da descendência. “Por um lado, avós têm se oferecido para gestar os bebês, por outro, filhas têm fornecido óvulos e tornado possível a reversão da linha de descendência” (2005:12).

A utilização do útero de substituição por pessoas com afinidade ou vínculos genéticos é apresentada com grande apreciação na mídia no Brasil. O tom das reportagens costuma ser no sentido de valorizar a doação pela familiar que levou a gestação a termo (algumas das quais deram à luz gêmeos/as) e dar ênfase ao vínculo com a mãe genética e ao vínculo estabelecido pela mãe genética através da amamentação⁵⁶. São especialmente destacadas aquelas situações em que a “mãe gestacional” é avó do bebê. Neste caso, a tendência é se considerar que não haverá dificuldades na entrega da criança, pois o vínculo com o casal (de mães, sogras, cunhadas ou irmãs) garantiria o ato desprendimento de quem gestou.

⁵⁶ Há técnicas para desenvolver capacidade de produzir leite em mulheres que não engravidaram (indução da relactação). Mães adotivas têm se beneficiado destas.

As mulheres entrevistadas não se sentiam à vontade para considerar a gestação de substituição, nem como possíveis ‘mães’ gestacionais, nem se tivessem necessidade de recorrer à gestação de outrem.

Apesar da orientação do CFM em relação ao vínculo de parentesco até segundo grau, já foram autorizados, mediante consulta a Conselhos Regionais de Medicina, alguns casos de doação temporária de útero sem vínculo de parentesco entre as/os envolvidas/os (ver nas consultas no anexo 17, apenas na primeira, em 2003, negou-se o pedido). No entanto, não encontramos nenhum caso de disputa judicial por filho/a gerado por gestação de substituição no Brasil. Pela legislação vigente, é mãe quem dá à luz, sendo o registro civil das crianças obtido com base na declaração de nascido vivo emitida pelo hospital ou maternidade. Seria uma contenda jurídica sem precedentes no país esse tipo de disputa⁵⁷.

As ‘mães’ de substituição atualmente não fornecem material genético, como era necessário no começo da era das novas tecnologias da reprodução. Isso é também estratégico no sentido de se buscar ‘garantias’ de que não haja direito parental sobre a criança gerada. Na gestação de substituição tradicional, o cuidado tem precedência e ascendência sobre a natureza e a maternidade é entendida como uma construção social, ao invés de um fenômeno biológico. No caso das demais, o laço biogenético é novamente enfatizado e é ele que vai definir regularmente a quem a criança pertence, como no caso Johnson X Calvert, na Califórnia, Estados Unidos.

Por decisão majoritária no caso Johnson X Calvert, a Suprema Corte da Califórnia endossou acordos de doação de útero, ao manter a validade de um contrato entre uma mulher e um casal que pagou dez mil dólares para que gestasse um embrião originário de sêmen e óvulo seus. Os juízes adotaram a teoria de que a intenção das pessoas deve ter papel importante na decisão judicial de reconhecer quais são os pais da criança. De acordo com a decisão majoritária, embora a lei tradicionalmente reconheça tanto a consangüinidade genética quanto o ato de dar à luz como os meios de estabelecer a relação entre a mãe e a criança, quando os dois meios não coincidem na mesma mulher, aquela que pretendeu procriar a criança – isto é, aquela que pretendeu gerar uma criança que deseja criar como se

⁵⁷ “Pela lei atual, o valor da convenção sobre a doação temporária de útero com a entrega da criança, enquanto não há lei determinando o contrário, não é absoluto, tendo em vista a natureza dos direitos envolvidos. Isso significa que, na inexistência de determinação legal quanto ao estado de filiação para a hipótese da maternidade de substituição, havendo ulterior disputa entre mãe gnética/social e a mãe substituta, caberá ao Judiciário a análise do caso concreto, sendo certo que serão preponderantes as conveniências da criança” (Oliveira e Borges Jr, 2000:48).

fosse sua – é a ‘mãe natural’. A Corte deu ganho de causa ao casal que havia contratado a ‘mãe’ substituta. No contrato, esta concordou em ceder o bebê ao casal, mas após alguns meses de gestação, alegou que já havia estabelecido vínculos e entrou na Justiça com ação onde pedia para também ser reconhecida como mãe.

Embora haja casos como este, o problema de envolvimento afetivo da ‘mãe’ substituta pela criança não se verifica com frequência naquele país. Segundo Ragone (2004), em sua pesquisa com mulheres que passaram por gestações de substituição, mediante contratos comerciais, nos Estados Unidos, a questão do vínculo pela gestação (tão valorizada para as receptoras de óvulo doado) passa a ser minimizada. O discurso das mulheres é de que não estabelecem vínculo com o bebê. Ironicamente, são essas as mulheres que sustentam um “discurso feminista clássico” ao disseminarem um discurso no qual se opõe à noção de instinto materno e outras visões sacralizadoras da maternidade.

Pelo menos 30% dos arranjos que Ragone (2004) pesquisou foram feitos entre pessoas de diferentes *background*: raciais, étnicos e culturais. Segundo a pesquisadora, as mulheres justificavam que a diferença étnica, racial ou cultural facilitaria o desvencilhamento em relação à criança gerada.

Não acompanhamos no hospital ou nos grupos de discussão nenhum caso de gestação de substituição. Embora não tenhamos dados estatísticos⁵⁸ que comprovem essas observações preliminares, empiricamente pudemos identificar que a doação e recepção de óvulos doados tornaram-se muito mais comum no país do que a gestação de substituição, como percebemos nas ponderações das entrevistadas.

“Eu não teria essa capacidade de gerar para alguém e depois esquecer... só se fosse para ajudar uma irmã, alguém que depois me deixaria ver essa criança crescer.” Andréa

“Não me imagino nessa situação, não cederia o meu útero nem gostaria de ter um filho que foi gerado no útero de outra pessoa.” Tânia

“Sobre útero de substituição. Eu sou contra. Jamais faria isso, apesar de uma cunhada já ter se oferecido para tal procedimento. E também comercialmente, pior ainda alguém ganhar para carregar meu filho no útero. Penso que essa situação pode criar inúmeros problemas jurídicos e práticos.” Élidea

⁵⁸ Uma fonte de informação é o artigo *Ovo recepção: perfil das pacientes em lista de espera no programa do Hospital Regional da Asa Sul, Brasília, Distrito Federal* de Ribeiro (2007) no qual cita o número de 330 mulheres à espera de ovorecepção, entre os anos de 1998 a 2006, no hospital em questão. No entanto, não dispomos da informação de quanto estas representam em relação à totalidade de mulheres atendidas pelo serviço.

Costa, que realizou pesquisa com homens em ambulatórios de planejamento familiar, identificou a valorização desse vínculo criado pela gestação: “em relação à barriga de aluguel, o principal argumento oferecido para a recusa em utilizar essa tecnologia foi o mesmo entre os entrevistados que buscavam tratamento para esterilidade e os que buscavam planejamento familiar: o medo de a mãe de aluguel “criar amor” pela criança e não entregá-la quando nascer. Este argumento coincide com o usado por muitas entrevistadas de minha pesquisa anterior que também disseram que não utilizariam esse recurso” (2001:199).

A baixa aceitação ao útero de substituição é coerente com a grande valorização da gravidez e parto, que tornam a recepção de óvulo doado habitual.

“Se não tivesse alternativa para me tornar mãe, usaria sem problema algum óvulos de doadoras. A maioria das mulheres tem o sonho da maternidade, isso já nasce com a gente. A partir do momento que quando crianças a gente brinca com nossas bonecas, essas bonecas são nossos filhos, então a gente cresce com a idéia que um dia nos tornaremos mãe. Usaria porque junto com o sonho de ser mãe vem o sonho de gerar uma criança, ver a barriga crescer, sei lá”. Ingrid

Esta maior facilidade em relação ao uso do óvulo doado, não significa que não haja mulheres que se negam a receber óvulos doados além daquelas que recusam gerar um filho/a por gestação de substituição, quando só lhes resta essa alternativa:

“Tudo bem? Muito obrigada pela atenção. Ao que parece a ovodoação é bem segura e traz um percentual de resultados muito bom. O difícil é a gente digerir a idéia de gerar um filho que geneticamente não é nosso. Posso te garantir que isso nos dá uma enorme insegurança.” GD

Ainda assim, foi mais comum encontrar aceitação. No hospital pesquisado, entre centenas de casos de óvulo doado⁵⁹, havia raros de sêmen (algo em torno de 1 para 10) e um único caso de gestação de substituição. No grupo de discussão, a experiência da gravidez e do parto foi muito enfatizada no discurso das mulheres. O fato de haver troca de substância entre elas e o feto tornaria o filho/a não genético, filho/a biológico/a.

“Sou mãe (ainda que apenas grávida), de um bb de óvulos doados, e sou mãe sim! Mãe que carrega o filho no ventre, que sente os chutes, enjôo, e tudo mais... queria ter um filho mesmo que ele não tivesse sido dos meus óvulos, e daí? Ele terá minha barriguinha

⁵⁹ Nas estatísticas da RedeLara, das 128 clínicas cadastradas na América Latina, a maioria das quais no Brasil, 13,5% do total de transferências se realizava com óvulos de doadoras. Do total de nascidos, 16,2% das crianças era proveniente de óvulos doados. Não dispomos de nenhuma informação sobre a recepção de sêmen doado.

linda como hospedagem e serei mãe em todos os sentidos só não tive o gameta feminino, mas o masculino é do meu marido, que também está feliz pra caramba.” GD

Vargas verificou também esse elemento na sua tese ao observar “uma intensa exaltação da experiência corporal da gravidez” (2006:36). Luna, com base em ampla pesquisa etnográfica, afirmou: “é possível demonstrar aceitação diferenciada das práticas, a doação de óvulos sendo recebida com mais facilidade do que a gestação substituta. Nesse sentido, a dimensão simbólica da maternidade parece mais identificada com a gestação do que com o laço genético de parentesco” (2002:236). Tamanini reforçou essa hipótese ao constatar que “as trocas entre o feto e a mãe uterina serão consideradas elementos importantes para o processo de nidação e para o desenvolvimento do embrião. O corpo da mãe que gerou será concebido em interação com o feto gerado. Focando o biológico desse modo, o material genético doado tende a desaparecer, ele foi apenas uma “ajuda”. A relação casal fértil fica igualmente reforçada e aparece o filho do próprio sangue. Desse modo, garante-se para o social a representação de casal com filho. E para o casal, o aspecto genético, mãe doadora e mãe receptora, como cindidor do novo bebê, desaparece” (Tamanini, 2003:173).

“Sinceramente acho que doação de óvulos é mais fácil, pois apesar da criança não carregar a herança genética da grávida há um vínculo muito grande ao ser gestada, amamentada.”GD

“Adotar uma criança foi o melhor presente que Deus me deu. Agora, gostaria de sentir a vida nascer dia a dia, e se não acontecer agradeço ao PAI mesmo assim.” GD

“Que bom que você escreveu. Por favor, se quiser escreva mesmo pro meu e-mail particular, que é XXX. Não recebi teu e-mail, senão com certeza teria te respondido. Fiquei muito feliz por você ter lembrado de mim. Como você já sabe, semana passada mais uma vez fiz a punção, e o óvulo não era bom... Resolvemos recorrer à doação de óvulo. Antigamente meu marido era radicalmente contra, agora TOPOU!!!! Tal é a vontade dele de ser pai... Me perguntou se eu ficaria triste com essa possibilidade, e eu, mais que depressa, disse que não. Realmente acredito que o que nos deixa parecidos é a convivência, senão não haveriam tantos casais tão parecidos. Mesmo se o bebê não for tão parecido comigo, e se parecer com ele fico feliz. Ele tem sido genial comigo, me apoiando em todo o processo, outro não sei se estaria sempre tão disposto... Sonho com o dia em que vou ter o merecimento pra poder dizer a ele que estou grávida... Nesse momento sonho literalmente com óvulos doados... E você, como está? Conte como vai o teu tratamento, tá?” GD

Depois do processo de aceitação de óvulos doados, passa-se à segunda etapa que consiste em definir as características esperadas da doadora, na qual a expectativa das semelhanças fenotípicas se mantém para os/as futuros pais e mães. Tanto no processo de

escolha das características de óvulos como de sêmen doado é fundamental a aproximação das características físicas de doadores/as e receptores/as. A semelhança fenotípica afastaria a possibilidade de se revelar as origens genéticas da criança, além disso, a compatibilidade sanguínea afastaria a descoberta do/a filho/a de que não é geneticamente ligado a um de seus pais ou a ambos.

“Eu mesma talvez tenha que fazer ovodoação, no começo foi difícil digerir a idéia, mas agora estou mais adepta ao processo, tenho pedido a Deus para colocar uma pessoa bem parecida comigo e com saúde para doar os óvulos, assim quem sabe posso realizar o meu sonho de ser mamãe.” GD

Abaixo transcrevemos as informações disponibilizadas na página do instituto IPGO Medicina da Reprodução sobre as características esperadas de uma doadora. Vale ressaltar que os/as médicos/as têm um papel decisivo na escolha do óvulo doado para determinada mulher, uma vez que decidem com seus critérios sobre a semelhança entre ambas. Além destas características, outras são observadas, como se vê:

Regras Gerais para Doação de Óvulos

- 1) A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial. Não se vende óvulos (nem espermatozoides);
- 2) Os doadores não podem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa. Obrigatoriamente será mantido o sigilo e o anonimato. A legislação não permite doação entre familiares;
- 3) As clínicas especializadas mantêm de forma permanente um registro dos doadores, dados clínicos de caráter geral com as características fenotípicas (semelhança física), exames laboratoriais que comprovem sua saúde física é uma amostra celular. A escolha de doadores baseia-se na semelhança física, imunológica e a máxima compatibilidade entre doador e receptor (tipo sanguíneo, etc....).

Quem Pode Doar Óvulos (Doadora)

As Doadoras Devem ter as Seguintes Características:

- 1) Menos do que 35 anos de idade;
- 2) Bom nível intelectual;
- 3) Histórico negativo de doenças genéticas transmissíveis;

- 4) Teste negativo para doenças infecciosas sexualmente transmissíveis (Hepatite, Sífilis, Aids, etc) e tipagem sanguínea compatível com a receptora.

(<http://www.ipgo.com.br/proj02.htm>)

Ressalte-se que pelo menos uma característica, entendida implicitamente como geneticamente transmitida, é claramente desejável, o considerado nível intelectual (e neste ponto se aproxima das pessoas que pagam alto por um óvulo de uma estudante de Harvard, com a lógica de que terão características genéticas definidoras da inteligência), como no depoimento abaixo:

“Achava que meu dia não iria chegar. Passei por poucas e boas. Fiz o tratamento na Huntington. Tentei uma FIV antes da ovodação, mas tinha poucos folículos e alguns vazios, tenho 39 anos, achei que depois de tentar naturalmente durante anos e uma FIV frustrada, deveria tentar com ovodação. Aceitei bem a idéia de ter um filho dessa forma, recebendo óvulos. Acho que vc deve sim tentar uma ovodação, como comentei no grupo escolhi uma doadora com mais de 30 por achar que ela também teria maturidade em pensar na ovodação como um ato de amor e não ficaria encanada. Queria também alguém com curso superior ou pós-graduação, encontrei. Estou maravilhada e muito feliz! Acredito que vc deve pensar com carinho nessa idéia.” GD

Uma pesquisa mais aprofundada sobre as características valorizadas⁶⁰ por receptores/as de óvulo ou sêmen doado⁶¹ ainda está por ser feita no país, assim como estudos de caso sobre experiências e valores envolvidos em gravidez de substituição, quando as clínicas e hospitais deixarem de ser inacessíveis a pesquisadores/as.

Na fala de Adna percebemos novamente a sobrevalorização do vínculo criado com o/a bebê pela gestação.

(sobre a gestação de substituição) *“Em alguns casos muito especiais acho até bonito – como um caso recente noticiado pela mídia, da avó que gerou a neta porque a mãe biológica não podia... Mas sinceramente acho uma questão muito complexa. Por mais que exista um acordo comercial, é impossível que a mulher que está gerando não se envolva com o bebê em*

⁶⁰ Segundo a CFM, a escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade. Dentro do possível deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.

⁶¹ Costa (2004) realizou pesquisa em dois bancos de sêmen no Estado de São Paulo sobre as características desejadas de casais que receberiam sêmen doado. Os/as entrevistados/as foram os/as médicos/as.

seu ventre... eu estou grávida hoje e sei disso... e como ficaria esta mulher ao, depois do parto, ser privada da presença do bebê? E o bebê, por sua vez, longe da “mãe” que o gerou? Não vejo com bons olhos...” Adna

As duas alternativas: gestação de substituição e recepção de óvulo doado (ou embrião doado sobre a qual não trataremos, pois não tivemos relato de nenhum caso) apresentam dois critérios antinômicos de definição da maternidade. A primeira minimiza a importância da gravidez e das trocas de substâncias e emocionais no processo de gestação e identifica a maternidade genética. A segunda, ao contrário, define a maternidade pelo processo de gestação, uma vez que o vínculo genético não é com a mãe gestacional. Na primeira, evita-se a palavra mãe ou maternidade (gestacional, substituta ou outra), preferindo termos mais neutros⁶² como gestação de substituição ou mesmo útero de substituição, enquanto a segunda só se torna mãe por ser mãe gestacional. Thompson (2001) analisou esse elemento, observando o fato de que a medicina moderna oferece muitos casos em que a coreografia entre o natural e o cultural pode ser manipulada de forma flexível, no cotidiano das clínicas de reprodução assistida.

A partir desses elementos, a verdade biológica não desaparece, não é necessariamente reforçada, mas sim, é redimensionada. Segundo Oliveira e Borges Jr. , “se o vínculo biológico que liga um pai ou uma mãe a seu filho é um fator relevante, as técnicas de reprodução assistida e a possibilidade de doação de material genético reforçaram com maior intensidade a necessidade de se estabelecer um novo conceito. É ponto de consenso na legislação estrangeira que não se estabelece qualquer vínculo de filiação entre o terceiro, estranho ao casal, que doou o material genético para a procriação, e a criança que nasceu do método, pois a derivação biológica, sem relação carnal, só seria relevante se houvesse intenção de maternidade e paternidade” (2000:40).

O esforço de casais receptores/as envolvidos/as em reprodução colaborativa vincula-se ao apagamento destes elementos exteriores ao casal, a imagens de terceiros. O anonimato

⁶² Assim, a parecerista Adriana Diaféria do PL 4686/04 afirma que “Para evitar interpretações errôneas sugerimos que a redação do parágrafo 1º e 2º seja adequada, substituindo-se as expressões: § 1º - “do doador e mãe biológica” por “doadores dos gametas”. § 2º - “A maternidade ou paternidade biológica” por “A doação de gametas para a realização de processo de reprodução assistida heteróloga não gera direitos sucessórios”. A utilização das expressões “mãe”, “maternidade”, “paternidade” são terminologias utilizadas em projetos parentais, dos quais os doadores não fazem parte. A utilização poderá ensejar interpretações afetivas relativamente ao ato de doação, o que é recomendável ser evitado em disposições regulamentares.”

dos/as doadores/as em grande medida atende a essa necessidade do apagamento. A intenção de maternidade e paternidade é definidora da filiação.

Vale ressaltar que a característica que une mães receptoras de óvulo e aquelas que transferem a gestação (para uma gestação de substituição) para gerar seus filhos genéticos é a idéia de maternidade como um projeto. Mãe é quem teve a intenção de sê-lo. Mais uma vez, a palavra é definidora. Ao contrário da teoria da maternidade de Beauvoir (1970), segundo a qual, o imperativo biológico reprodutivo feminino seria contrário à idéia de projeto. Aqui a maternidade é ela própria um projeto. A paternidade também deixa de ser a colagem entre DNA e reprodução ou mesmo aquela indicada por nascerem filhos/as do marido da mãe, passa a ser desde o princípio enunciada. E este projeto parental pode envolver uma gravidez com óvulos ou sêmen doados, embriões doados, adoção, útero de substituição, qualquer caminho que leve à realização da maternidade e da paternidade projetadas.

“Parabéns por ser a mais nova grávida do coração!!!! É isso mesmo, em primeiro lugar o casal tem que estar preparado, amadurecido na idéia de exercer a maternidade e paternidade do coração. Isso é maravilhoso. Não importa a maneira que seu filho chegará em seus braços, o que importa é que ele é seu filho. Tenho 1 filho biológico de quase 7 meses e uma filha do coração de quase 15 meses. Se vc quiser me escrever tenho boas dicas para te ajudar. Eu esperei pela minha filha apenas 9 meses. Depois disso me ligaram de outras comarcas. Fique a vontade para escrever para mim, será uma satisfação em poder te ajudar.” GD

Como na fala da informante, que se refere à adoção, mas pode-se estender às demais experiências, ao situar a gravidez no coração, como uma expectativa e uma espera, há ênfase na noção de projeto, que alarga as possibilidades consideradas naturais e biológicas.

3.2.2 A Polêmica da Doação Compartilhada de Óvulos

“Eu estive em consulta na clínica, lá eles têm esse processo de ovodoação, em que a receptora paga quase integral o tratamento da doadora, a despesa da doadora é apenas referente a medicações que precisará tomar após a FIV, a ovodoação é somente para quem precisa fazer FIV.” GD

Embora não seja permitida a comercialização de células germinativas no país, consolidou-se uma prática de se oferecer compensações financeiras indiretas a mulheres que doam seus óvulos em clínicas particulares. Essa prática é conhecida no grupo e abertamente discutida, tanto por mulheres que foram ou serão receptoras, quanto por aquelas que foram ou serão doadoras:

“Acho que eu não me expliquei direito. No Brasil, por lei, não é permitido vender óvulos. O que algumas mulheres fazem é doar seus óvulos. O meu médico me explicou que algumas mulheres não têm dinheiro para pagar seu tratamento ou parte do seu tratamento (por exemplo, a pessoa tem dinheiro para pagar os remédios, mas não tem dinheiro para pagar a clínica), então elas doam metade de seus óvulos e a receptora paga seu tratamento ou parte dele.” GD

Este é um dos temas mais polêmicos no campo da reprodução assistida, pois há uma evidente indução para a ‘doação’ que retira a gratuidade que na verdade caracteriza uma doação. Pietra considera esse elemento, o que não a leva a descartá-lo.

“Não doe, mas doaria. Acho que se vivêssemos num país com melhores condições de saúde pública ou com menores desigualdades, a doação deveria ser um ato exclusivamente de voluntariedade, o que é ideal. Acho que a troca de óvulos por tratamento acaba implicando em certa coação, já que você está doando somente porque não pode arcar com o tratamento sem fazer isso. Contudo, se for a única forma, acho melhor do que nada.” Pietra

O caso mais comum é este relatado por Pietra, denominado como doação compartilhada de óvulos, mas também há outras formas de induzi-las, como a oferta de descontos em ‘tratamentos’ caso se leve alguma doadora para a clínica (que fornecerá óvulos para outra receptora, pois a doadora não pode ser conhecida) ou ainda a oferta de *check-up* ginecológico e outros incentivos. Vale ressaltar que a doação de óvulo (diferentemente da de sêmen) requer uso de medicação que estimula a produção de vários óvulos, cujo crescimento deve ser monitorado por ultrassonografia. Depois disso, mediante anestesia, são retirados vários óvulos (procedimento padrão nas FIVs que implica alguns riscos, como o hiperestímulo – ver glossário).

Em face dessa característica, o procedimento mais usual é encontrar uma doadora dentro da própria clínica, uma mulher que já esteja se submetendo a uma fertilização *in vitro* e necessite extrair óvulos após procedimento de hiperestimulação ovariana. Uma parte dos óvulos extraídos da paciente é então doada, em troca da divisão dos gastos do procedimento com a receptora, e, em alguns casos, sem nenhuma troca.

No hospital em que fizemos observação presenciamos vários procedimentos preparatórios para ovodoação. Embora fosse um hospital público, era de responsabilidade de cada casal comprar medicamentos e alguns insumos (ainda assim representa um custo considerável, em torno de R\$3.000,00). No caso, a receptora pagava não o procedimento (como nas clínicas particulares), mas a medicação.

Em uma das observações, presenciamos a primeira consulta de um casal que acabara de se inscrever no programa. Como a demora para serem chamados seria grande, o fator de infertilidade era masculino e a mulher era jovem, o/a médico/a que fez a anamnese sugeriu que fossem doados óvulos da mulher em clínicas particulares para conseguirem o ‘tratamento’ mais rapidamente, comentando sobre programas de doação compartilhada de óvulo.

Após a saída do casal da sala, perguntou o que eu pensava sobre o fato de haver indicado a alternativa da clínica particular para o casal. Não fiz comentários e argumentei que não estava ali para julgar, que se tratava apenas observação, etc. Então ouvi várias justificativas relacionadas ao fato. Será que nesse momento se definiu a interdição definitiva da pesquisa no hospital? Assim como as mulheres buscavam informações que corroborassem o meu pertencimento a sua comunidade de interação, os/as médicos/as também o fizeram. E, de uma forma ou de outra, eu não fazia parte de nenhuma delas.

O tema da ovodoação compartilhada é uma das pedras de toque da reprodução assistida, considerando a sua generalização nas clínicas e hospitais por todo o país. Diretrizes, regulamentação e fiscalização serão muito bem-vindas para que se favoreçam as condições de autonomia de decisão para as mulheres e homens no campo reprodutivo. No grupo de discussão, algumas doadoras relataram a sua experiência, como doadoras e receptoras:

“O tratamento que estou fazendo é assim: eu não posso pagar uma FIV, então tem o programa de doação de óvulos que acontece assim: existe uma outra mulher, não sei por que problema não consegue produzir óvulos, eu vou começar a medicação e quando retirarem meus óvulos (dividirão metade para mim e outra metade para ela) e ela pagará a minha FIV e a dela. Eu achei a melhor forma de me ajudar a realizar meu sonho de ser mãe, o processo de tratamento é o mesmo da FIV (paga). Só Deus sabe o que é melhor para nós e em que momento deve acontecer em nossas vidas. Eu me inscrevi em outubro de 2003 e em março deste ano me chamaram. A receptora ou o marido dela precisam ter características parecidas com a minha e nós não nos conhecemos. Sinceramente por mim não haveria problema em conhecê-la, mas é lei brasileira. Pois nós duas estamos fazendo uma troca maternal, nos ajudando a realizar nosso sonho de ser MÃE!!!! Estou muuuuuito feliz por Deus ter colocado esta mulher abençoada em meu caminho, desejo de todo coração que nós duas consigamos realizar este sonho. Me escreva contando mais sobre vc e suas dificuldades.” GD

A informante comenta o sentido de troca maternal entre as mulheres, observando inclusive que não se sentiria desconfortável se não houvesse sigilo na doação. Esse elemento é muito diferente no caso da doação de gameta masculino, cuja análise é desenvolvida no próximo item.

Várias vezes nos perguntamos, tanto no grupo de discussão, quanto no hospital, se as mulheres não acabavam descobrindo suas receptoras/doadoras ocasionalmente. E como lidariam com esse tipo de situação se seus/suas filhos/as, por exemplo, se conhecessem. Afinal, eles teriam, provavelmente, a mesma idade. No hospital, eram realizadas comemorações em que se convidavam todos os/as bebês nascidos e suas famílias. Seja pela data do nascimento, seja pela semelhança do fenótipo, não seria difícil para a doadora descobrir um bebê nascido nessas circunstâncias. Mesmo no grupo de discussão não seria de todo improvável.

Uma das maneiras de lidar com o ‘intercâmbio’ de gametas (e embriões) é categorizá-los meramente como células. Nesse sentido, são retirados do corpo, da ascendência e do pertencimento a terceiros/as. Quando os/as médicos/as fazem o paralelo entre doação de gametas e doação de sangue, trazem um esvaziamento dessas noções de genética e do próprio envolvimento de terceiros na reprodução ‘colaborativa’.

Em situações específicas, no entanto, essas ‘células’ ganham corpo, o que provoca uma ruptura com a lógica do intercâmbio de gametas. Ao se reivindicar, por exemplo, gametas de pessoas da família (mães, pais, irmãs e irmãos), dá-se corpo, pertencimento e ascendência ao material reprodutivo. Algumas vezes, nas falas, deixa-se transparecer que o processo de apagamento do/a terceiro/a no seu projeto reprodutivo faz toda diferença na decisão de se receber ou doar gameta doado, assim como a percepção da célula germinativa. Assim, questionada se doaria o embrião para ser adotado por outra família, a informante afirma:

“Doar embriões de jeito nenhum. A possibilidade de doar óvulos é menos mal, agora embriões, por mais que nasça do ventre de uma outra mulher, ele não deixa de ser seu filho por completo, não carrega carga genética do casal receptor e tem outra, e se um dia meu filho se apaixonar pela sua irmã? Sei que parece tema de novela, mas eu não descarto essa possibilidade.” Ingrid

Por que algumas vezes esse corpo de quem doou e o gameta doado aparece e em outras pode ser minimizado até o desaparecimento? Se formos analisar o discurso de Ingrid, por exemplo, tanto o embrião doado, quanto o embrião resultante do seu óvulo doado e fecundado por outro espermatozóide seriam descendentes, mas, na sua hierarquia de valores, o embrião resultante do óvulo doado é considerado menos como seu descendente genético. Esta pergunta é fundamental na comparação entre o óvulo doado e o sêmen doado.

3.2.3 Valores relacionados à Adoção de Sêmen de Doador

“Sobre sêmen de doador... nunca considerei a possibilidade e não é o meu caso. Não conheço quem tenha utilizado, mas acredito que se alguém tem a necessidade de gerar um filho, que busque as alternativas que melhor lhe aprouver. Se fosse a única forma de gerar um filho em mim, eu analisaria a possibilidade com meu esposo. Acho que fica meio difícil para o homem aceitar, portanto a decisão deve ser bem conjunta.” Tânia

A inseminação por doador, ou seja, por doação de sêmen, foi primeiramente relatada, na literatura médica, em 1909. Esta se referia ao procedimento realizado em 1884. Com desconhecimento do casal que se submetia a um “novo tratamento” para infertilidade, foi feita a inseminação com sêmen recolhido do homem considerado mais bonito entre os médicos residentes. Com a comprovação da gravidez, a experiência foi revelada ao marido, mas a esposa nunca ficou sabendo.

Desde então, a inseminação com sêmen de doador tem sido indicada quando o homem é portador de alguma desordem genética, ou quando não produz espermatozóide. Também tem sido usada por mulheres sem parceiro.

Neste sentido, a inseminação artificial em si não pode ser considerada uma ‘nova tecnologia reprodutiva’, não requerendo técnica avançada. No entanto, com a descoberta de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente o HIV, o sêmen passou a ser congelado por seis meses e testado nesse período para estas e outras doenças, requerendo maior expertise do que simplesmente a coleta do sêmen e sua introdução no corpo feminino. Ainda assim, a inseminação por doador é considerada a mais simples e mais barata forma de concepção alternativa. Embora seja um procedimento simples, é esperado que dure até um ano para resultar em gravidez após três tentativas.

Por não ser considerada parte da tecnologia de reprodução propriamente dita, a inseminação heteróloga acaba sendo pouco discutida e pouquíssimo controlada. Por exemplo, os órgãos responsáveis por controlar os procedimentos de Reprodução Assistida nos seus países respectivos, como a Sociedade Americana de Reprodução Assistida, nos Estados Unidos, e a Finavat, na França, não recolhem informações sobre a inseminação por doador. Na América Latina, também, a Rede Latino Americana de Reprodução Assistida, que recolhe informações sobre 128 clínicas da região, também não coleta esse dado. Assim não há o

mesmo controle quanto a outros procedimentos relacionados à FIV como a doação-recepção de óvulo, o útero de substituição ou a doação-recepção de embriões.

Estima-se que cerca de 33 mil crianças nasçam por ano de sêmen doado, nos Estados Unidos. Dentre estes, uma parcela nascida de mães solteiras e de casais de lésbicas. Com a organização dos bancos de sêmen, a prática tornou-se mais difundida, sendo considerada uma forma segura de reprodução, uma vez que é suposto haver uma seleção rigorosa dos doadores. Esta forma também aguça ainda mais as questões éticas referentes ao tema: como é feita a “seleção” dos doadores? Quais mulheres podem ter acesso ao sêmen doado? A criança nascida tem direito de saber sua origem? É aceitável a comercialização de gametas humanos? E a utilização de doador conhecido deve ou não ser considerada?

Nos Estados Unidos, pode-se comprar o sêmen pela internet. Este é distribuído a vários países, inclusive o Brasil. O perfil dos doadores é disponibilizado com informações detalhadas sobre ascendência, hobby, profissão, doenças na família, entre outras. São disponibilizadas fotos do doador em várias faixas de idade⁶³. As características consideradas mais importantes para a escolha dos doadores foram: a escolaridade, a etnia e o peso segundo estudo de Leiblum, nos Estados Unidos, em 1995. Como no caso dos óvulos, as características que supostamente mediriam a inteligência são as mais valorizadas (como escolaridade).

No Brasil, desde 1957 o artigo 53 do Código de Ética Médica proibia a prática de inseminação com material genético de terceiros. Apenas em 1998, extingiram-se as restrições ao emprego da técnica (Oliveira e Borges Jr., 2000). Verifica-se atualmente a existência de poucos bancos de sêmen. O banco de sêmen do Hospital Albert Einstein, em São Paulo, é referência e fornece o material para várias clínicas do país. Como nos óvulos doados, toda decisão relacionada à escolha de doadores/as passa pelas clínicas. Segundo informações contidas no *site* da instituição, o banco de sêmen do hospital realiza de 20 a 30 inseminações por mês com sêmen de doador.

Na nossa pesquisa, a alternativa do sêmen doado foi considerada com dificuldades e resistências para as mulheres e seus parceiros:

⁶³Segundo Costa (2003), não constam informações sobre a idade ou estado civil do doador, pois, para os/as médicos/as, os/as receptores/as se importariam apenas com características físicas hereditárias. Ao questioná-los sobre por que se dispõe informação sobre religião, hobby e ocupação do doador a resposta foi que, na dúvida entre dois ou três doadores, o casal escolhe aquele com o qual se identifica mais.

“Olha, um dia fui a uma consulta e o médico foi tão desestimulador, que disse que eu só teria um filho se fizesse, aceitasse doação de espermatozóides (meu marido tem baixa vitalidade dos espermatozóides e os vivos têm pouca mobilidade), até então não havia nada que indicasse que eu tinha algum problema... mas daí fiz um exame agora que constatou que tenho a trompa direita obstruída, então não sei como será! Mas tive que falar isso para o meu marido, e ele por me amar disse que sem problemas aceitaria... MAS EU NÃO ! Não consigo imaginar eu engravidar de um espermatozóide que não seja do meu marido... é muito estranho isso! Espero ã estar sendo retrógrada, mas é como eu sinto a respeito desse assunto! Bom, foi minha opinião!” GD

Nestes depoimentos, percebemos que o gameta masculino é personificado e corporificado, tornado visível na figura do ‘outro homem’ ou do ‘sêmen de outro’, enquanto na doação de óvulos (e até mesmo na gestação de substituição) a figura de uma outra mulher é invisibilizada:

“Olá, meninas. Vcs sabem pelo o que estou passando. Como já disse, ganhei o tratamento na Clínica e estive lá mês passado, e depois de muito pensar, acho que vou desistir desse tratamento. Sei que muitas gostariam de estar no meu lugar, mas não posso supor a idéia de ter um filho de outro homem, não agora. Se essa for a única solução, podemos vir a aceitar isso daqui há algum tempo, mas por enquanto não queremos isso. Portanto, vou parar com tudo por enquanto, entregar nas mãos de Deus e daqui a algum tempo, quando eu tiver mais preparada e pronta para aceitar essa solução, voltarei e continuarei o tratamento. Mas não perdi a esperança, não. Ainda acredito que um milagre possa acontecer e que eu consiga engravidar naturalmente. Aqui mesmo nesse fórum ouvi muitos casos assim. Não sei se começo a tomar clomid e meu marido trental, que o médico receitou, para tentarmos naturalmente. Espero contar com a força de vcs e de suas opiniões, sempre muito bem vindas e muito animadoras.” GD

As manifestações em relação à ovodoação são mais favoráveis, comparativamente à necessidade de se recorrer a sêmen doado:

“Na minha opinião de leiga, vc deve mesmo tentar engravidar com seus óvulos, mas é bom saber até quando vale a pena insistir com os seus, já que para nós mulheres é mais fácil a ovodoação, já que o bebê cresce e se alimenta em nosso ventre, seria muito pior se o seu marido não tivesse espermas.” GD

O que torna tão mais aceitável a recepção de óvulos doados? No depoimento abaixo percebemos novamente a restituição do gameta masculino a um corpo, a um outro, estranho ao casal:

“Queria saber se vcs conhecem alguém que tenha azoospermia e tinha espermatozóides nos testículos, que tenha conseguido FIV. Estou desesperada, pois quero um filho do meu marido, acho que vcs me entendem, não é? Acho que se o sonho de ter um filho tiver condicionado a ser de outro homem, desisto!” GD

“Não tenho opinião formada porque uma coisa é a teoria, outra a prática... em tese, se o filho não seria de meu marido, eu poderia adotar uma criança. Mas acho que na prática a questão pode ser mais complexa... e o desejo de engravidar, parir, viver esta experiência?”
Adna

Na pesquisa de Luna há o relato de que “algumas informantes opuseram-se à doação de gametas como sendo ocasião de adultério. Andressa mostrou-se contrária à doação de esperma: “Não, porque é pecado e também porque o esperma não ia ser do marido, então não ia adiantar. Isso seria adultério e fornicação”. Quando objetei que não há adultério sem relação sexual, Andressa foi taxativa: “Não ia ter, mas ia ter o esperma de outro homem dentro de mim”. Priscila rejeitou a doação de esperma e o recurso a uma mãe substituta para a gestação na mesma base: “Daria problemas no relacionamento, tanto com o esperma do marido na barriga de outra mulher, como com o esperma de outro na barriga dela. Na hora da briga, um poderia jogar na cara do outro. Prefiro o equilíbrio: nenhum dos dois ter e adotar”. (Luna, 2004b:138).

Tamanini (2003) e Vargas (2006) entrevistaram casais, separada ou conjuntamente, procedendo a um escuta dos homens. Tamanini constatou também a grande resistência masculina à inseminação heteróloga.

Costa também identificou “a IASD⁶⁴ não somente é vista como introduzindo fluidos corporais de outro homem, mas também como simbolizando relação sexual da parceira com outro homem. Portanto, nesta representação, o fluido corporal (esperma) não é concebido como dissociado do percurso de sua transmissão. Antônio, que tem dois filhos e cria o filho (Alex) que a esposa teve com outro homem antes de conhecê-lo, disse que concordaria em fazer IASD. Mas sua justificativa de que ‘seria homem bastante para suportar’, corrobora a idéia de que a IASD fere de alguma maneira a virilidade, e que isso pode ser superado somente por uma virilidade ainda maior” (2001:199).

A possibilidade de utilização de sêmen de doador traz a metáfora do adultério para as relações dos casais heterossexuais. A substância masculina tem muito mais ‘presença’ e personificação do que a feminina, uma vez que o sêmen representa um outro homem, um homem fértil, portanto viril, que se torna uma imagem subjetiva ameaçadora. O anonimato, que favorece o apagamento da doadora, no caso de óvulo doado, não funciona para o sêmen. Este elemento é revelador das relações de gênero, uma vez que a paternidade é naturalizada

⁶⁴ IASD é uma sigla utilizada para a inseminação artificial com sêmen de doador.

como um exercício de poder e controle sobre a sexualidade das parceiras, um poder exercido no ato sexual de fecundação. O sêmen doado representaria a perda desse controle e sua transferência para um 'outro homem'.

Apesar de percebermos maior resistência⁶⁵ dos casais em aceitar o sêmen doado, especialmente dos homens, também houve algumas descrições de experiências nesse sentido, no grupo de discussão, como fala que se segue:

“Meninas, estou lendo algumas mensagens sobre problemas com o marido em aceitar o tratamento, ou fazer exames, etc. Eu gostaria de contar um pouquinho da minha história... Meu marido tem azoospermia e depois de vários e vários exames e tratamentos concluiu-se que é irreversível, ou seja, impossível de se fazer um tratamento com o sêmen dele. Quando tivemos este diagnóstico, o mundo caiu sobre minha cabeça, me senti excluída da vida, pois sempre escuto "papos" das minhas amigas de trabalho falando de filhos, das alegrias e das dores de cabeça que eles causam e eu fico pensando "será que um dia vou passar por estas alegrias/preocupações?" E cada vez mais ansiosa em poder viver tudo isso. Logo quando saímos do consultório, quando o médico deu o diagnóstico, meu marido me perguntou se eu aceitaria em fazer a inseminação com sêmen de doador. Eu disse na mesma hora que SIM!!!! E fiquei super feliz em saber que ele estava disposto a fazer isso, pois eu tive a certeza que ele estava fazendo isso por mim. Imaginei que seria tudo muito simples, que era só juntar o dinheiro e "encomendar" a cegonha, mas começaram as dificuldades... Eu sou uma pessoa super ansiosa e meu marido é mais calmo, então, eu sempre pesquisei muitas coisas sobre este assunto na internet, revistas, etc e ele nunca se preocupou em ler, em estudar como seria o tratamento. Eu fui me sentindo um pouco sozinha. Pq eu sempre quis que ele "sentisse" o que eu sentia, que ele tivesse as mesmas atitudes que eu tinha... mas após vários anos de terapia, descobri que o Homem não tem os mesmos sentimentos/atitudes que a Mulher, nós nunca podemos esperar que eles percebam o que queremos... Eles não "amam" o bebê como nós amamos sem sequer eles estejam em nossas barrigas... a gente já ama só de pensar... eles não, porque eles não têm este sentimento maternal... por isso p/ eles as coisas são mais práticas e para nós parece frieza. Então um dia, quando percebi que era um momento certo, conversei com ele e falei todos os meus medos, ansiedades... mostrei p/ ele o quanto este filho é importante para mim. Aí ele começou a mudar o jeito dele e aceitar mais as coisas que eu dizia ou queria, não que ainda às vezes não saia umas briguinhas, mas aprendi a ser menos ansiosa em relação à atitude dele e aprendi a dizer o que eu quero, sem esperar que ele adivinhe... No ano passado fizemos a inseminação, ele aplicou todas as injeções em mim... fizemos o tratamento os dois juntos, ele participou de tudo, tudo, tudo... foi em todos os ultrasons, segurou na minha mão na hora da inseminação... mas não deu certo.

⁶⁵ Segundo dados da Rede Latino Americana de Reprodução Assistida, referente a 128 clínicas na América Latina, a maioria das quais no Brasil, a ICSI representa 74,3% de todos os procedimentos de fertilização in vitro. Este dado induz a duas possibilidades: a maioria dos procedimentos de FIV se deve ao fator masculino (uma vez que a ICSI é a técnica que viabiliza homens com baixa produção de espermatozóide a gerarem filhos biológicos com a introdução do espermatozóide diretamente no óvulo) ou há um abuso de ICSI na região, já que esta técnica é considerada a mais duvidosa em relação aos possíveis riscos para as crianças nascidas por meio dela. A ICSI é usada preferencialmente no tratamento da infertilidade masculina, e surgiram questionamentos sobre a probabilidade de danos ao material genético, que podem ser causados pelo uso de espermatozoides anormais, pela quebra do processo usual de seleção natural ou pela danificação do ovo ou do embrião (ver glossário).

Foi uma desilusão e uma sensação de impotência muito grande. Porém nós crescemos tanto como ser humano e como casal, ou seja, nossa relação ficou bem mais sólida e nosso amor se intensificou cada vez mais. Pois nós estamos nos doando um para o outro e o amor sempre prevalece.” GD

No depoimento, a informante faz afirmações sobre as diferenças culturais interpretadas como essências absolutas entre ser homem e ser mulher que tornariam diferenciados o tipo de envolvimento no planejamento para ter filhos e resultariam em maior distanciamento emocional dos homens em relação ao processo de gestação e ao ‘projeto’ de filhos/as. Esse distanciamento é tornado evidente no caso do uso de sêmen doado, pois a exterioridade percebida do pai em relação a todo o processo da concepção e gestação é ainda mais profunda. Isso também gera insegurança relativa à criação do vínculo entre o pai e o/a bebê:

“Estamos muito aflitos, creio até que meu marido tem aceitado melhor que eu, que fico achando que ele vai rejeitar o bebê depois por ser só meu biologicamente.” GD

Assim, para reforçar os laços entre o futuro pai e o/a bebê gerado com sêmen doado, os discursos fortalecem a relação entre o casal e a necessidade da aproximação dos homens do processo inteiro de planejamento, gestação e preparação para o parto, para sentir-se e tornar-se pai. O modelo do ‘casal grávido’ (Salem, 1989) é fundamental nessa experiência. Os homens participam ativamente dos procedimentos e procuram vivenciar a paternidade como as mulheres vivenciam a maternidade, desde ‘as tentativas’ da gravidez, ao envolvimento durante a gestação, a presença nas consultas de pré-natais e no parto.

“Fiquei grávida de primeira, após transferência de 3 embriões (com sêmen doado). Fomos muito abençoados e hoje estamos com nosso filho (quase dois meses) nos dando só alegrias e muito mais amor. Até as preocupações naturais quanto às semelhanças se dissipam quando o amor existe. O mais incrível é que até nisto Deus foi generoso, pois nosso filho nasceu bem parecido com o pai. Acho que foi tão amado antes e durante que não resistiu à tentação de se parecer com o pai babão. É tudo muito gratificante, tu vais ver... Meu marido foi tão querido que desde a primeira consulta na clínica, passando pelas injeções (que ele aplicou), e todo tratamento ele esteve presente. O mais incrível é que o amor é tanto entre eles que até hoje ele não perdeu nenhuma consulta à pediatra... Ele sai do trabalho só para poder estar ao nosso lado. Enfim, estamos muito felizes.” GD

A construção social da paternidade, assim como da maternidade e da filiação, necessária em todo processo social para tornar mulheres em mães, homens em pais, recém-nascidos em filhos é evidenciada em um contexto em que a “imitação da natureza” se faz presente,

demonstrando que os processos considerados naturais passam por um processo permanente de construção e reconstrução. Quebra-se com a absolutização da verdade biológica neste cenário permeado por contradições e conflitos.

Segundo Heritiér, “quando nasce, uma criança não existe na maior parte das sociedades do mundo que existem ou que já existiram, enquanto ser humano completo (...) o que assegura a sua existência como parte inteira é a atribuição de uma identidade social reconhecida por todos, identidade marcada pelo nome que se lhe dá. Só se torna uma pessoa se trazer esse nome carregado de sentido e, em muitos casos, só se franquear sem impedimentos um certo número de casos difíceis, como o desmame e a puberdade, passagens que testemunham ter escolhido estar no mundo” (1996:244/5).

Todos esses elementos geram novas referências à parentalidade e à filiação, embora não substituam as formas tradicionais de definição. A menos que o pai tenha assinado o consentimento livre e esclarecido sobre a inseminação por doador, o que torna, perante a lei, um homem pai na sociedade brasileira é o DNA. A menos que haja consentimento informado da mãe gestacional de que concorda em entregar o bebe após seu nascimento, o que torna, legalmente, uma mulher mãe é o parto (mesmo assim, ainda não é consenso e não há legislação). A mãe receptora de óvulos doados é legalmente mãe, pois é exatamente o parto que a define como tal.

3.3 Mães e Pais na Sociedade de Risco

“Infelizmente o risco é necessário.” Ana

“Não há como ter filhos, VERDADEIRAMENTE, SEJAM ADOTIVOS OU BIOLÓGICOS, sem adotá-los. Precisamos incorporá-los, para só assim, nos tornarmos mães ou pais.” GD

O material teórico e empírico analisado no presente capítulo é base para se refletir sobre alguns impactos que a introdução da tecnologia gera na reprodução e nas relações de gênero na vida moderna. Os conceitos de sociedade de risco fabricado e os elementos a ela inerentes como incerteza e imprevisibilidade foram explorados. A falta de legislação sobre o tema no Brasil aumenta mais a sensação de incerteza. Assim, o conceito de incerteza se relaciona a vários elementos que perpassam esta pesquisa.

“O risco fabricado está se expandindo em quase todas as dimensões da vida humana. Tem a ver com um lado da ciência e da tecnologia que os primeiros teóricos da sociedade

industrial de modo geral não previram. A ciência e a tecnologia criam incertezas na mesma medida em que as eliminam – e tais incertezas não se “resolvem” simplesmente com mais progresso científico. A incerteza fabricada introduz-se diretamente na vida pessoal e social – não se restringe a contextos de risco mais coletivos” (Giddens, 2000:143).

O conceito de sociedade de risco expressa também uma perspectiva da reflexividade social. Para Giddens, trata-se de uma sociedade pós-tradição e pós-natureza. Pós-tradição porque houve a perda do domínio do referencial tradicional de vida, diante da pluralidade de escolhas e estilos de vida possíveis na contemporaneidade. Pós-natureza porque poucos elementos do ambiente natural não sofreram influência humana.

A ordem social pós-tradicional tem por base a reflexividade dos indivíduos porque a reflexão e a dúvida são incorporadas diariamente para a definição de escolhas, se não há o imperativo da tradição. A heterogeneidade de experiências e costumes cria a fragmentação e a diferenciação. A construção da auto-identidade passa pela opção de estilos de vida: *“a noção de que os indivíduos escolhem ou podem escolher”* (Velho, 1987:31).

Uma das características da reflexividade é a ampla divulgação do conhecimento científico no cotidiano, através da mídia e da rede mundial de computadores. Identifica-se uma população ávida por consumo de informações produzidas por especialistas. No caso da reprodução assistida, há uma busca ativa por informações, nos sites das clínicas, nos fóruns de discussão. A própria participação das mulheres no grupo virtual, no qual há trocas detalhadas sobre tratamentos, medicamentos, procedimentos, indicação de profissionais, laboratórios e clínicas, é uma evidência empírica desse relacionamento fortemente entrelaçado entre sociedade e saber científico. No entanto, essa relação não diminui a insegurança e a incerteza, pois, embora aumente o conhecimento sobre determinados aspectos (um conhecimento minucioso sobre o funcionamento dos órgãos reprodutores ou sobre aspectos da saúde reprodutiva), há um novo tipo de desconhecimento, aquele que é gerado pela rapidez com que novas tecnologias e terapêuticas são introduzidas. Por exemplo, em relação aos efeitos colaterais dos medicamentos (ver anexo 18) ou possíveis efeitos nas crianças geradas através desses métodos.

Tânia e Pietra afirmaram que foram à procura de todas as informações disponíveis, fizeram o ‘tratamento’ sabendo de cada detalhe, de cada etapa, isso, no entanto, não significou eliminação de riscos:

“Recebemos bastante informações na clínica, mas acho que foi a internet que nos ofereceu explicações mais específicas sobre o que seria a SOP, causas, tratamentos, as chances de sucesso, os medicamentos, preços, etc.” Pietra

“Recebi inúmeras informações sobre os tratamentos. Busquei quase tudo na net. Escrevi para várias clínicas especializadas, diretamente para muitos especialistas e tenho muitas informações de um e de outro.” Tânia

Esse novo relacionamento com o saber médico-científico fortaleceria, para Giddens, a possibilidade de escolha e a agência. Pessoas informadas perguntam, questionam, trocam informações sobre profissionais e ‘tratamentos’, aumentam suas possibilidades de fazer escolhas. Em face de alternativas que não existiam para as gerações anteriores, reinventam as experiências da maternidade e da paternidade.

“Num contexto social onde as novas tecnologias estão incessantemente afetando nossas vidas, obrigando-nos assim a rever as maneiras de agir consideradas evidentes, o futuro torna-se cada vez mais absorvente, porém ao mesmo tempo opaco. Temos com ele poucas ligações diretas, somente uma pluralidade de cenários futuros” (Giddens, 2000:143).

Embora Giddens não problematize suficientemente as relações generizadas na modernidade tardia, podemos inferir que uma sociedade pós-tradicional teria subvertido as hierarquias de gênero na família e na sociedade. As idéias tradicionais de maternidade, paternidade e parentalidade teriam perdido lugar nesse cenário, uma vez que os indivíduos (homens e mulheres) não seriam considerados desigualmente afetados pelos impactos da modernidade.

A maternidade e paternidade teriam sido reinventadas na modernidade tardia? Poderíamos pensar em uma nova forma de construção das identidades feminina e masculina descolada da possibilidade de serem mães e pais? A pluralidade de escolhas estaria colocada com os mesmos conteúdos para homens e mulheres, para grupos sociais diversos, para culturas diferentes? Estas perguntas devem ser problematizadas a partir das sutilezas e contradições nesse contexto.

Nos discursos apresentados percebemos que a experiência da infertilidade gera, à primeira vista, uma visão reforçada dos aspectos de normalização da maternidade e da paternidade. As expectativas sociais em relação à vida adulta, não sendo atendidas, incomodam e se tornam fonte de angústia extrema.

Em uma leitura rápida, pode-se deduzir que há apenas reforço de elementos tradicionais: casais que, impossibilitados de cumprir as expectativas sociais da maternidade e da paternidade biológica, buscam ajuda da ciência para se readequar.

No entanto, um olhar mais detalhado e cuidadoso, identifica uma série de elementos desestabilizadores de noções tradicionais. Um desses elementos é a ruptura entre o biológico e o genético. Reforçamos a discussão de que a categoria filho biológico ganha novo sentido, pois o chamado “filho biológico” pode não ter vínculo genético com o casal ou pode ter vínculo genético e ser gestado por outra pessoa.

Neste sentido também é colocada em questão a afirmação de Stolcke, ao definir que: “caracteriza a la sociedade actual una creciente demanda por la herencia biológica, como si ésta fuese la única forma de herencia que merece tal nombre” (1998:150). Entretanto, ao se receber óvulos e sêmen doados, abre-se mão de pelo menos uma parte da herança biológica.

Luna também usou a categoria genitização do parentesco e observou: “entre meus informantes, não encontrei descontinuidade, mas superposição das noções de sangue e DNA (...) ‘sangue’ e ‘parte genética’ são expressos de forma equivalente. O ‘sangue’ é o veículo de transmissão de características de pais para filhos, sendo uma ‘herança de família’” (2005:399). Continua a antropóloga, citando e interpretando a fala de uma informante: “Um monte de gente disse: ‘Ah, por que você não adota?’ Eu falei: Não. Não quero. Não tem nada a ver comigo. Nem com ele. (...) Eu queria ter o meu filho, da minha barriga, engravidar. (...) Uma coisa assim: da minha carne, sangue do meu sangue. O parentesco revela-se nas próprias palavras das pacientes como um idioma de pertencimento: o meu filho mesmo é oposto ao filho dos outros. Deseja-se uma comunhão de substância com os filhos, por isso se fala em “minha carne”, “meu sangue”. O sangue é a imagem central. Segundo Abreu Filho (1982), o sangue é uma substância que transmite características físicas e morais, formando o corpo e o caráter. Nesse caso, o indivíduo é explicado por referência a seus consangüíneos” (Luna, 2004b:130).

Nos casos analisados, entendemos que o sangue e as demais substâncias corporais envolvidas na gestação são valorizados independentemente da genética. A equação não coloca necessariamente como equivalentes sangue, genética e laço biológico.

Assim, percebemos uma tendência a se separar o elemento genético daqueles relacionados à substância do corpo – sangue, placenta, fluidos corporais femininos. Isso contribui para explicar a valorização da recepção de óvulos doados. Diante de uma pluralidade de escolhas (que, de fato, poucas pessoas têm) há caminhos mais fortemente

seguidos do que outros, o que procuramos demonstrar com os exemplos do recurso à gestação de substituição e à recepção de sêmen doado.

A questão das escolhas e possibilidades limitadas por crenças e simbologias culturais foi bem desenvolvida por Kahn (2000), no trabalho que realizou em Israel. O país tem a maior taxa de FIV do mundo. Uma interseção complexa de proibições religiosas, pressupostos culturais sobre o corpo, a natureza e a pureza da linhagem tornou Israel um caso perfeito para a relatividade do “fato biológico”.

Para os rabinos judeus ortodoxos, a inseminação artificial de uma mulher judia com um esperma judeu é tanto poluidora como gera adultério enquanto o esperma de não-judeus cria uma criança sem implicar qualquer conexão com o laço genético paterno. O esperma de não-judeus procria, mas não reproduz. Há deslocamento do efeito do vínculo paterno que indica como alguns ‘laços de sangue’ são reconhecidos, celebrados enquanto outros são simplesmente ignorados.

No Brasil, o sucesso da “ovodoação compartilhada” também reflete uma característica cultural que diz respeito às relações de gênero. Há maior facilidade em se aprovar a recepção de óvulos doados do que de sêmen. É mais fácil promover o apagamento da figura da mulher que doou do que do homem. O óvulo é uma célula, o sêmen, um terceiro, um ‘outro’ homem (daí se usar a expressão adultério tecnológico, ver capítulo 4). Embora o país disponha de um banco de sêmen e o procedimento seja relativamente mais simples e menos oneroso, verifica-se uma maior aceitação cultural da doação de óvulos.

Para Strathern (1995), a ruptura com os “fatos da vida” traz implicações para o debate sobre a distinção entre natureza e cultura e sobre a própria noção de “fato biológico”. O fato biológico não existe sem uma construção cultural da natureza e da biologia.

Quem é pai e quem é mãe. Como se define o biológico quando este não é mais atrelado ao genético? Como afirma Mieli “a lei decide quem é pai e quem é mãe. Ela define uma função simbólica e civil independente, pelo menos em parte, da realidade biológica” (1998:163).

Com a restituição do aspecto social e afetivo da maternidade e da paternidade, podemos perceber também que o discurso sobre a maternidade, que tanto incomoda e incomodou as feministas, pode ser reinventado. A paternidade, por sua vez, pode ganhar novos contornos ao ser pensada como uma construção social do lugar do pai.

A parentalidade como projeto representa diferentes sentidos para homens e mulheres, mas, para estas, o peso do condicionamento biológico teve maior proporções, como o feminismo percebeu. No entanto, como repensar a discussão clássica sobre as hierarquias de gênero, relacionadas ao exercício da maternidade e da paternidade, considerando estas novas possibilidades de escolha para alguns grupos sociais?

Agacinski, ao analisar a obra de Beauvoir, criticou que a fecundidade não tenha lugar nesse sistema de valores. Para Beauvoir a maternidade não permite às mulheres nenhuma experiência de liberdade. Tudo é considerado problemático nessa experiência: a ausência de projeto, a ausência de atividade, a passividade... Segundo a autora, para esse feminismo, ser como homens era a melhor maneira de ser livre. E afirma: “as mulheres atualmente não aceitam mais essa renúncia e essa alternativa. Elas querem ser livres de todas as maneiras possíveis (...) a maternidade precisa ser reinterpretada como uma potência e reivindicada como uma força. Ela é um modelo de criação, sem ser incompatível com todas as outras formas de criatividade ou de expressão nas quais as mulheres pretendam manifestar sua liberdade” (Agacinski, 1999:75).

Esse dilema em relação ao lugar da maternidade no feminismo não pode minimizar algumas das contribuições fundamentais de Beauvoir. É importante destacar que autora foi uma das primeiras a afirmar um dos fundamentos do feminismo: que o natural passa por um processo de elaboração na coletividade humana e, que, embora o corpo tenha um peso fundamental na experiência feminina, não basta para defini-la, pois afinal, é a cultura que assim o construiu: “é pela maternidade que a mulher realiza integralmente seu destino fisiológico. É a maternidade sua vocação “natural”, porquanto todo o seu organismo se acha voltado para a perpetuação da espécie. Mas já se disse que a sociedade humana nunca é abandonada à natureza” (Beauvoir, 1970:248).

É necessário também um olhar histórico para o Segundo Sexo, uma obra pioneira e ousada para uma década de 1940 conservadora – a se julgar pelas suas inúmeras e contundentes críticas⁶⁶ – tratando de assuntos considerados tabu, como sexualidade, reprodução, aborto, homossexualidade, entre outros.

Ao problematizar a natureza feminina construída através da história: “o que a humanidade fez da fêmea humana”, apontou para a necessidade de uma nova forma de organização social que favoreça a maternidade voluntária e livre, na qual o acesso a

⁶⁶ A esse respeito ver o artigo de Sylvie Chaperon sobre o Segundo Sexo, publicado na Revista Cadernos Pagu que homenageou os 50 da sua obra clássica.

anticoncepcionais e ao aborto seja permitido. Nesta sociedade, que os/as filhos/as devem estar, até certo ponto, a cargo da coletividade, a fim de se liberar as mulheres a experiência de uma existência singular. Assim, se por um lado, Beauvoir identificou a opressão feminina relacionada ao corpo e mais especificamente à maternidade, também propôs outros caminhos, políticos, para que a vivência da maternidade deixasse de ser um obstáculo à transcendência das mulheres.

As feministas de meados do século passado realizaram uma crítica mordaz sobre o condicionamento biológico feminino à maternidade, a ponto de Sullerot propugnar pela transferência do trabalho reprodutivo para os laboratórios. Seria esse o caminho de se superar a opressão feminina, através da subtração de uma das diferenças mais marcadas entre os corpos de mulheres e homens, a capacidade de gestar.

Na contemporaneidade, a pluralidade das abordagens feministas tornou o tema da maternidade mais complexo e dissonante. No entanto, muitos dos argumentos do feminismo de primeira onda são reiterados na crítica feminista sobre a adesão de mulheres às novas tecnologias de reprodução, tema desenvolvido no capítulo 4. E a polêmica continua renovada em torno de novos e de antigos desafios.

Barbosa (1999) argumentou que as tecnologias reprodutivas reforçam a visão da reprodução como função “natural” da mulher, como uma característica determinante do seu ser, colocando em risco avanços sociais conseguidos por meio de um longo processo de questionamento da mulher condicionada à natureza. Além disso, fortaleceram o suposto instinto maternal.

Vargas, entretanto, percebeu no discurso das mulheres que buscam ‘tratamento’ para engravidar elementos de construção da subjetividade e de autonomia: “estas representações sinalizam mudanças ocorridas nas concepções de gravidez e de maternidade que, ao contrário das concepções vigentes em períodos anteriores, hoje são concebidas como uma experiência singular que transforma a pessoa e agrega valores positivos na construção da identidade feminina e, como tal, torna-se expressão de uma ‘construção de si’. Esta nova maternidade calcada na experiência corporal e em base biológica se articula com uma outra dimensão da identidade feminina apoiada na idéia de autonomia e do ‘empoderamento’ (*empowerment*) social das mulheres. (...) A maternidade contém atualmente elementos de afirmação de liberdade de escolha e auto-realização” (2006:45).

Percebemos, assim, as nuances das novas questões relacionada à maternidade e à paternidade. Há conteúdos de individualização, reflexividade, pluralidade de escolha e autonomia das mulheres e homens na experiência com os ‘tratamentos’ para infertilidade, principalmente relativas à construção do projeto de si no projeto parental. Estes conteúdos se desenvolvem em um contexto social de hierarquias de gênero. A baixa adesão aos procedimentos de inseminação com sêmen doado é indicativa de um elemento patriarcal na cultura brasileira, pelo qual o sentido de linhagem e continuidade masculino é sobrevalorizado.

Embora não tenha sido feita pesquisa com os homens envolvidos nos ‘tratamentos’ para infertilidade e estes não tenham se manifestado no grupo, percebe-se, através do material empírico: a fala das mulheres, os discursos de médicos/as, juristas e bioeticistas, as demais pesquisas na área e a observação no hospital, uma determinada visão da paternidade que se coaduna com uma perspectiva patriarcal.

No hospital, presenciamos uma cena em que um rapaz jovem entrou abruptamente na sala de consultas para solicitar que o atendimento fosse priorizado no seu caso. Ele relatou, em desespero, que o seu pai estava desenganado e tinha poucos anos de vida. Falou que não poderia deixá-lo morrer sem a certeza da continuidade do seu nome e dos seus genes. Uma fala ilustrativa da paternidade como lugar de reprodução das origens, do nome, da genética, acentuadamente, do pai.

A valorização da gestação, cuja simbologia é a *barriga* que cresce, do vínculo estabelecido pela mãe com o/a bebê a partir da troca de fluidos na gravidez e no parto, é deixada de lado quando a única alternativa para se conseguir a gravidez se torna possível mediante a utilização de sêmen de doador. O apagamento de um/a terceiro/a na relação (doador/a) só é realizado, na maioria das vezes, com o óvulo doado. O sêmen como vimos é ‘um outro homem’ e suscita imagens e fantasias de adultério. Além disso, rompe simbolicamente com a lógica da continuidade do nome.

A paternidade continua sendo construída como uma exterioridade, que pode se incorporar no cotidiano da construção parental a partir de muito esforço e investimento por parte das mulheres. Os homens são convocados a participar, o que demonstra que, a princípio, não ocupam este lugar.

O medo demonstrado pelas mulheres em relação à dificuldade do estabelecimento do vínculo entre o pai e o/a filho/a gerado por sêmen de doador reflete a dificuldade de

constituição dos laços paternos com as crianças. Esta dificuldade existe culturalmente mesmo quando há vínculo genético. A ausência do laço de consangüinidade com o pai, entretanto, acentua essa referência. Contrariamente à gestação, tida como elemento *tout court* para gerar vínculos entre mães e filhos/as, a inseminação com sêmen de doador não ofereceria nenhuma garantia de que será constituída de fato a paternidade. Na dúvida de que o exercício da paternidade não se realizará, as mulheres desistem dessa alternativa. É preferível a adoção, pois o/a filho/a adotado não é vinculado geneticamente nem à mãe nem ao pai⁶⁷.

O estudo de Thurler sobre a deserção paterna corrobora com essa percepção sobre a dificuldade dos homens, historicamente construída, em assumirem a paternidade. A socióloga afirma que “as práticas paternas ainda comportam a possibilidade real do não-reconhecimento da criança pelo pai que deserta, ocorrendo não só a negação de reconhecimento legal, jurídico – que não pode ser secundarizada – mas também pela suspensão, arbitrária e a qualquer tempo, do reconhecimento social e afetivo” (2006: 684).

A construção social da mãe foi investida pela característica da inevitabilidade natural da maternagem, tão presente na fala das informantes. Em relação ao pai ao contrário, pautou-se pela exterioridade e pela idéia recorrente de uma fragilidade do vínculo entre pais e filhos/as. O estabelecimento da filiação paterna é garantido aos/as filho/as do marido da mãe. O novo Código Civil de 2002 (ver anexo 4) definiu uma exceção a essa norma ao prever a filiação de filhos nascidos na constância casamento por inseminação artificial heteróloga (com sêmen doado), desde que tenha prévia autorização do marido.

É significativo que no Brasil a única lei que garante a relação entre doadores/as e receptores/as diga respeito à inseminação heteróloga. Não se previu regular, no Código Civil, nem a recepção de óvulos, nem o útero de substituição. A preocupação, portanto, não parece ser a de garantir a filiação ou os direitos dos pais e mães envolvidos em reprodução colaborativa, mas garantir uma ordem moral na qual se afaste o fantasma do adultério, ainda que seja o ‘tecnológico’.

O campo da reprodução assistida é um espaço em que muitas questões podem ser levantadas, inspiradas pelas teorias sociológicas e feministas: como, em um contexto no qual há controle reprodutivo, busca por maior equidade nas relações de gênero, maternidade e paternidade como um projeto, um número crescente de divórcios e relações familiares reconfiguradas, possibilidade de utilização de novas tecnologias reprodutivas e circulação de

⁶⁷ Talvez, nesse sentido, receber embrião doado também possa ser uma alternativa. Mas não temos relatos para deduzir.

gametas, se reatualizam discursos de normalização? Como são reproduzidos os valores que mantêm as hierarquias de gênero, classe e de orientação sexual a partir da estrutura da família regulada? Como e por que a regulação social estabelece quem pode e quem não pode ser pai e mãe? Como se estabelece a heteronormatividade? Como os discursos são inscritos nos corpos e nas práticas sexuais? Estas questões são colocadas com base nos discursos de atores e atrizes sociais que se apresentaram na arena pública.

Capítulo 4 – Reprodução Estratificada, Relações de Gênero e Heterossexismo no Campo da Reprodução Assistida no Brasil

Thompson usou o conceito de coreografia ontológica (2005:8) para se referir ao entrelaçamento entre a reprodução biológica e significados pessoais, políticos e tecnológicos, em sua análise do campo da reprodução assistida nos Estados Unidos. Chamou atenção para o fato de que a reprodução mudou dramaticamente ao longo do tempo e à forma como identidades, estratificação social, algumas técnicas, produção científica, leis, políticas, experiência do corpo e dos papéis parental e reprodutivo têm sido produzidos, reproduzidos e desafiados nesses campos.

Neste capítulo analisamos como os discursos sobre maternidade, paternidade, reprodução e parentalidade e as propostas de regulação sobre os aspectos biológicos, genéticos e sociais da filiação refletem padrões sociais sobre as relações de gênero, o heterossexismo, a reprodução estratificada e o padrão conjugal de família.

O campo da reprodução assistida é pensado aqui em relação a critérios que definem as condições de acesso à reprodução, estabelecendo o lugar de cada um/a – homens, mulheres, homossexuais, heterossexuais, pais, mães e filhos/as – através dos elementos da biologia, da genética, da consangüinidade ou da adoção e que moldam os sentidos do que pode ser assumido como uma família a partir dos padrões de gênero e de sexualidade. Assim, ao analisar o campo da reprodução assistida no Brasil, tangenciamos os ideais sociais e os valores que devem ser reproduzidos, como aspectos fundamentais da reprodução social. Como no dizer de Ginsburg e Rapp “reprodução, no seu sentido biológico e social, está inextrincavelmente relacionada com a produção da cultura” (1995:2).

O advento da modernidade e de suas conquistas tecnológicas, sobretudo no campo da contracepção, e mais recentemente da concepção, trouxe às mulheres maior margem de escolha em relação à maternidade e abriu espaço para criação do dilema de ser ou não ser mãe, quando e como.

A maternidade como escolha, graças às bandeiras feministas de direito ao corpo e à autonomia e aos métodos de contracepção, é um fenômeno do decorrer do século XX. No entanto, o controle sobre o corpo nem sempre foi instituído como tal, um direito, considerando que para algumas mulheres é difícil utilizar a expressão *escolha*. A esterilização

compulsória foi realizada em muitos países inspirada por projetos eugênicos. Atualmente, ainda que não seja compulsória, a esterilização se vincula mais fortemente à baixa escolaridade, ao acesso precário a serviços de saúde adequados e ao acesso insuficiente a métodos anticoncepcionais reversíveis.

As ideologias do neomalthusianismo, disseminadas a partir da década de 1960, propugnaram a queda do crescimento populacional, através da disseminação da anticoncepção, com vistas a resolver grandes problemas sociais, como a fome, pobreza, a violência e a destruição do meio ambiente. Assim, retiraram da discussão questões como justiça social e transformações políticas e econômicas (Bandarage, 1998).

Um conceito fundamental para se lançar luz sobre esse processo é o de reprodução estratificada, que consiste em considerar as relações de poder através das quais as pessoas são estimuladas a reproduzir e criar filhos/as enquanto outras são desestimuladas. O conceito nos ajudar a ver os mecanismos pelos quais a reprodução social é prioritariamente colocada nas mãos de um grupo determinado e não de outro.

Esta discussão é fundamental para discutirmos processos sociais nos quais as hierarquias aparecem como inevitáveis. Em nome do bem-estar da humanidade, o controle populacional significou na prática um controle da reprodução exercido sobre os corpos das mulheres (Hartmann, 1994). As instituições que exerciam intervenções em áreas como controle da natalidade e saúde materno-infantil, em nome de prioridades nacionais, desconsideraram as mulheres como sujeitos e suas demandas existenciais (Petchesky, 2005).

A I Conferência Mundial de Direitos Humanos, promovida pela ONU em Teerã, em 1968, constituiu as bases do que hoje se conceitua como direitos reprodutivos. Proclamou que os países têm o direito humano fundamental de determinar livremente o número de seus filhos e o intervalo entre seus nascimentos. Assim, a proclamação de Teerã definiu pela primeira vez a liberdade de decidir sobre a vida reprodutiva como um direito humano.

Posteriormente, nos anos 1980 e 1990, a agenda dos direitos reprodutivos incorporou a questão da saúde da mulher de uma maneira mais ampla o que se refletiu tanto na Conferência de Nairóbi (1985) quanto na Conferência de Cairo (1994). Na Conferência Mundial sobre a Mulher, Nairóbi, 1985, o exercício da liberdade reprodutiva foi condicionado à possibilidade de acesso à saúde. Defendeu-se também que a autonomia da decisão reprodutiva se relacione ao acesso à educação básica, aos recursos econômicos para auto-suficiência e a uma vida livre

de violência física e moral. A questão demográfica foi então deslocada para o âmbito dos direitos reprodutivos e do direito aos benefícios do desenvolvimento.

O Documento de Cairo definiu, entre outros, os direitos reprodutivos como a possibilidade de se decidir livremente e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos. Assim, previu-se que o acesso à informação e aos meios para decidir e gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva seja garantido sem discriminações, coerções ou violências. O público-alvo desses direitos abarcou casais, adolescentes, mulheres solteiras, homens e pessoas idosas, o que se configurou como uma inovação, pois, até então, as pessoas que estivessem fora da estrutura de casal eram negligenciadas.

“Os chamados direitos reprodutivos são constituídos por certos direitos humanos fundamentais, reconhecidos nas leis internacionais e nacionais. Além das leis, um conjunto de princípios, normas, medidas administrativas e judiciais possuem a função instrumental de estabelecer direitos e obrigações, do Estado para o cidadão e de cidadão para cidadão, em relação à reprodução e ao exercício da sexualidade” (Ventura, 2004:19). Neste sentido, os direitos reprodutivos não se limitam à proteção da reprodução, mas abrangem um conjunto de direitos individuais e sociais que devem interagir em busca do pleno exercício da sexualidade e da reprodução humana. Também não podem ser reduzidos ao âmbito da saúde. Ainda que a dimensão da saúde – entendida como bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, seja central. No entanto, devem ser considerados na sua dimensão política, em que se correlacionam com os demais direitos sociais, como os direitos à vida, saúde, educação, trabalho, igualdade, liberdade, entre outros.

Em contraposição às políticas demográficas, a bandeira dos direitos reprodutivos consolidou-se na década de 1990, criticando o fato de estas terem reduzido as mulheres a corpos a serem regulados. A partir dessa crítica foi estabelecido o princípio de que, na vida reprodutiva, existem direitos a serem respeitados, mantidos ou ampliados (Dora, 1998). O conceito de direitos reprodutivos⁶⁸ representou uma novidade ao inserir o pensamento feminista na discussão sobre regulação da fecundidade e natalidade⁶⁹.

⁶⁸ O conceito também provoca contendas, conforme abordagem de Petchesky: “outras feministas preocupam-se com o fato de que o conceito focaliza a reprodução, e não os direitos, reiterando o preconceito ideológico que reduz as mulheres a um aspecto do seu ser e bloqueia outros, especialmente a sexualidade não-reprodutiva” (2005:26).

⁶⁹ Para uma retrospectiva detalhada da discussão mundial sobre o crescimento populacional ver Berquó, 1999.

Segundo Arilha et alli. (1996), os textos de Conferência da População de 1994 enfatizaram, pela primeira vez, a necessidade de maior participação dos homens na vida familiar, com o propósito de reequilibrar as relações de poder para atingir maior igualdade de gênero, bem como a participação masculina no campo da vida sexual e reprodutiva, em programas de educação sexual para crianças e adolescentes e de prevenção da Aids.

O Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em 1994, e o documento resultante da IV Conferência Mundial da Mulher, que ocorreu em Beijin, em 1995, legitimaram o conceito de direitos reprodutivos em uma perspectiva mais ampla, estabelecendo formas de intervenção na saúde reprodutiva e de ação jurídica comprometidos com os princípios dos direitos humanos.

O documento de Beijin, da IV Conferência Mundial da Mulher, reforçou a importância de garantir os direitos de autodeterminação, igualdade e segurança sexual e reprodutiva das mulheres – que afetam diretamente sua saúde sexual e reprodutiva – como determinantes para a afirmação dos direitos reprodutivos.

O feminismo no Brasil, na década de 1960 e pós-1968, considerou a importância de tratar questões tidas como meramente pessoais como questões políticas. A (re)apropriação do corpo significava trazer as questões do domínio privado para o debate público e, mais ainda, fazia do corpo um sujeito político, politizando o espaço privado. Os grupos de autoconsciência, centrados em torno das questões supostamente privadas, proliferaram em uma época na qual a ditadura militar interditava a mobilização pública.

Em consonância com o conceito de liberdade reprodutiva, na década de 1970, os movimentos feministas brasileiros centraram suas demandas no direito ao controle da fecundidade e à saúde. “Nosso corpo nos pertence”, frase que se tornou ícone desse período, marcou a luta para a descriminalização do aborto, pelo acesso à contracepção segura relacionada ao empoderamento e autonomização das mulheres e desatrelada do controlismo.

Desde então, a saúde das mulheres foi e continua sendo um eixo importante da luta do feminismo contemporâneo. A questão dos direitos reprodutivos foi, nas duas últimas décadas, um bandeira fundamental para o movimento feminista brasileiro (Scavone, 2004). Um dos temas em que o ativismo feminista foi forte relacionou-se à denúncia sobre o abuso de esterilização no país.

Considerando que os direitos reprodutivos são relativos ao direito de se decidir livremente e responsabilmente o número e espaçamento de filhos, dentro de um contexto de

autonomia reprodutiva, de saúde sexual e livre de coerções e violências, chama atenção no país o fato de que uma parcela expressiva das mulheres em idade fértil esteja esterilizada. No Brasil, por exemplo, entre os métodos utilizados, a esterilização cirúrgica feminina corresponde a 43%, seguido da pílula, 42% dos métodos (Berquó, 1993). A idade média em que as mulheres fizeram laqueadura diminuiu de 31,4 anos em 1986 para 28,9 anos, em 1996.

Nos países desenvolvidos, a esterilização corresponde a cerca de 7% dos métodos anticoncepcionais adotados. Como nos alerta Berquó: “Vale abrir aqui um parêntese para destacar que a maior parte dos países industrializados mantém baixas taxas de fecundidade, abaixo do nível de reposição, sem o recurso acentuado a práticas irreversíveis de regulação da fecundidade. Neles, as mulheres preferem lançar mão de métodos mais tradicionais e, em caso de falha, recorrer a aborto legal, sem perder, contudo, a capacidade reprodutiva. Segundo Ross, atualmente 25% dos casais do Terceiro Mundo estão esterilizados. Além disso, 95% de todas as mulheres esterilizadas do bloco menos desenvolvido encontram-se em 20 países, dos quais 14 na Ásia, cinco na América Latina e um na África” (1993:371).

Verificou-se, no Brasil, uma acentuada queda os níveis de fecundidade, nas últimas décadas. “Quando comparado com situações vivenciadas por outros países, o Brasil se destaca por ter realizado uma das transições da fecundidade mais rápidas do mundo” (Simões, 2006:11). Em 1940, a média era de 6,5 filhos, entre 1985 e 1990, passou a 3,5 filhos e em 2004 atingiu a taxa 2,1 filhos, equivalente a de muitos países desenvolvidos (Arihã, 2004). Esses dados, ao invés de revelarem um crescente fortalecimento dos direitos reprodutivos: autonomia, segurança, saúde sexual, não-coerção, tendem a demonstrar a falta de acesso das mulheres brasileiras a anticoncepcionais reversíveis e a atendimento médico ginecológico, o que por sua vez, gera alto índice de arrependimento e constitui uma parcela da clientela que recorre a serviços de reprodução assistida.

Tal queda não tem origem em uma política anti-natalista oficial. O anti-natalismo no país não foi uma política de Estado, mas acabou se desenvolvendo com a sua omissão. Fonseca (1993) identificou três fases da história do planejamento no Brasil: a primeira, da independência até 1964, pautada por uma perspectiva pró-natalista com visões eugênicas; a segunda, a partir de 1964, quando se instaurou uma política não-oficial de controle populacional. E a terceira, a partir da década de 1990, quando estas políticas são questionadas.

A tentativa de estabelecer uma política explícita de controle demográfico não aconteceu. Mas a IPPF (*International Planned Parenthood Federation*) conseguiu a adesão

dos principais atores do planejamento familiar no país. Embora o Programa de Atenção Integral da Saúde da Mulher – PAISM⁷⁰ previsse o não intervencionismo demográfico, a BENFAM consolidou uma rede de divulgação e prática de ações de planejamento familiar em larga escala e sem critérios de saúde e não tinha suas ações fiscalizadas. “Cabe lembrar que a efetivação dessas políticas atendia às exigências dos países credores de reduzir o crescimento demográfico brasileiro, no quadro dos planos de ajuste estrutural do Fundo Monetário Internacional” (Scavone, 2004:59).

EM 1975, por exemplo, o Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança CPAIMC, no Rio de Janeiro, ofereceu treinamento a médicos /as ginecologistas de todo o país para a prática de planejamento familiar, essencialmente na laqueadura tubária pela técnica da laparoscopia.

O ano de 1991 foi um marco na visibilidade do tema. Sob denúncias constantes das feministas em relação à esterilização de mulheres, foi criada a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, cujo objetivo foi de investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil.

Em 1993, a CPMI apresentou relatório final em que atribuiu o número elevado de cirurgias de esterilização à ausência de outras alternativas contraceptivas disponíveis, por um lado, e a práticas políticas duvidosas, voltadas ao controle demográfico ou à busca de votos, por outro. As recomendações da CPMI incluíram necessidade de regulamentação da esterilização cirúrgica e de todas as ações para o planejamento familiar, fato que deu origem à seção sobre esterilização na Lei de Planejamento Familiar⁷¹ (ver anexo 19), de 1996.

Segundo Vianna e Lacerda, “entre os dispositivos definidos pela lei como condições para homens ou mulheres realizarem a esterilização cirúrgica encontra-se a capacidade civil plena e a exigência de idade acima de 25 anos (superior à maioridade civil, portanto) ou, no caso de pessoas com menos de 25 anos, que estas já tenham dois filhos. Além disso, a lei obriga a que toda esterilização seja objeto de notificação e reitera o que já havia sido disposto antes pela lei 9.029/95, proibindo a exigência de atestado de esterilização para efeitos de admissão ou permanência no trabalho. Em que pese a ênfase na informação e na livre escolha de métodos contraceptivos ou de estratégias de planejamento familiar presente na legislação

⁷⁰ O PAISM foi criado no ano de 1983, anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher. O conceito de “atenção integral à saúde das mulheres” significou o rompimento com a visão tradicional acerca desse tema, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução (Osis, 1998).

⁷¹ Essa seção recebeu veto do Presidente no ano de 1996 e foi aprovada em 1997.

desde 1988, várias organizações ligadas ao movimento de mulheres têm questionado as condições em que tais escolhas são feitas. Os altos índices de esterilização cirúrgica colocam em questão a existência efetiva de acesso a outros meios contraceptivos que não apresentem os mesmos riscos e que não sejam irreversíveis” (Vianna e Lacerda, 2004:97).

No ano de 2005, foi instituída, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, apresentando como linhas de ação: ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS; introdução de reprodução humana assistida no SUS; saúde e prevenção nas escolas, entre outras diretrizes.

Entendemos que uma articulação entre estas diretrizes pode fortalecer a problematização sobre a esterilização cirúrgica voluntária. Levantar informações sobre a porcentagem de mulheres laqueadas à procura de serviços de reprodução assistida é imperioso, para contribuímos com a quebra do ciclo vicioso a que Corrêa chamou atenção em sua pesquisa de 1997: “convivem, assim, situações desfavoráveis à concepção e à fertilidade com o rápido desenvolvimento e absorção de técnicas avançadas de artificialização do processo reprodutivo que podem configurar, em curto período, a introdução no país de um pernicioso ciclo esterilização cirúrgica e aborto clandestino/ infertilidade/ reprodução assistida” (2001:63).

Assim, as novas tecnologias reprodutivas não podem ser discutidas sem se levar em consideração a dimensão da esterilização no país, no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos. Como afirmou Scavone, “a forma pela qual ela foi disseminada (esterilização feminina), visando às mulheres pobres, evidencia a imposição de um padrão de maternidade almejado pelas políticas demográficas. Se a adesão das mulheres brasileiras a este padrão pode significar recusa consciente – ou inconsciente – da realização da maternidade, ela teve seus limites na falta de escolhas reprodutivas” (2004:67).

4.1 Novas Tecnologias Reprodutivas e Direitos Reprodutivos

“Eu gostaria de saber se no Estado da Paraíba, ou em algum Estado vizinho, existe algum órgão que realiza a cirurgia de reversão de trompas gratuitamente ou pelo menos com um custo pequeno. É que me submeti à cirurgia de laqueadura de trompas aos 20 anos de idade e hoje com 29 anos estou desejando ser mãe novamente. Alguém pode me ajudar com alguma informação? Agradeço de coração!” GD

Na tese de Cunha (2005) “Reflexão bioética da laqueadura tubária em mulheres com desejo de nova gestação” foram analisadas mulheres que haviam sido esterilizadas e tentavam engravidar novamente. O arrependimento pós-laqueadura tubária é, para o autor, um tema polêmico e emergente. A pesquisa consistiu em um estudo quantitativo (questionário estruturado) e qualitativo (grupo focal com 10 mulheres) realizado com 98 mulheres, pacientes do ambulatório de Reprodução Humana do Hospital Universitário de Brasília.

As inquietações que deram origem à tese, segundo Cunha, “emergiram de uma vivência de aproximadamente 20 anos no serviço público, período no qual foi possível acompanhar de perto a angústia de mulheres do ambulatório de planejamento familiar, que muitas vezes imploravam para serem submetidas à laqueadura tubária, e do ambulatório de infertilidade conjugal, que buscavam desesperadamente uma alternativa para a reversão do procedimento” (2005:6).

Os resultados mostraram que a maioria das mulheres foi laqueada em idade muito jovem, na média de 24 anos e meio e a procura pela reversão se deu na média de 33 anos e 3 meses. 83,6% responderam que não foram orientadas quanto à laqueadura e sua dificuldade para reversão e 90,8% não assinaram o termo de consentimento informado.

Em relação à decisão sobre a laqueadura, 50% das mulheres afirmaram que foi do casal; 32,7% do esposo e 3,2% decisão própria. Na pesquisa qualitativa, duas das mulheres que participaram do grupo focal mencionaram que a decisão não estava relacionada a um relacionamento estável. A primeira trabalhava como doméstica aos 14 anos e foi estuprada pelo filho da patroa. Esta determinou que se realizasse a laqueadura por ocasião da cesariana. Além disso, foi coagida a entregar o filho. A segunda foi laqueada por iniciativa do padrasto, aos 19 anos, quando este tomou conhecimento de que havia iniciado sua vida sexual. É de se pensar quem decidia então nos 14,1% que foram designados na pesquisa como Outros no item referente a quem decidiu a laqueadura... Em relação ao arrependimento, 80,6% indicaram

como sua causa principal um novo casamento, 8,2% o crescimento dos filhos e 6,1% o falecimento do filho.

Elza Berquó, em entrevista ao Jornal da Unicamp comentou que “comparando com outros países, acho que o Brasil tem políticas muito avançadas. A Lei do Planejamento Familiar e a portaria sobre a esterilização voluntária são extremamente avançadas. (...) A esterilização masculina ou feminina passou a ser um direito reprodutivo”. A reprodução assistida é um campo no interior do qual devemos problematizar sobre os termos desse direito reprodutivo a que Berquó se referiu, como percebemos no depoimento abaixo, postado no grupo de discussão virtual:

“Eu era uma jovem perfeitamente normal e saudável, sem qualquer problema, até que, aos 23 anos, meu ex-marido e minha mãe resolveram que eu não deveria ter mais filhos, e, na cesárea do meu segundo menino, pagaram ‘por fora’ ao médico, sem minha ciência ou meu consentimento, para que removesse as minhas trompas.” GD

Segundo a informante, tão logo soube da cirurgia, separou-se do marido. Não chegou a processar o médico responsável. Sofreu diversos efeitos colaterais, além de problemas psicológicos graves. Somente passados vinte anos da “cirurgia mutiladora” como se refere, conseguiu se envolver emocionalmente com alguém e casou-se novamente. A partir de então passou a procurar as clínicas para infertilidade. Fez uma cirurgia de recanalização que não foi bem sucedida e começou a procurar ‘tratamentos’ por reprodução assistida.

Embora o seu depoimento não possa ser considerado representativo da maior parte das mulheres laqueadas que buscam os serviços de reprodução assistida no país, as quais fizeram a laqueadura tubária voluntariamente, não podemos deixar de reconhecer a relação entre o abuso da esterilização no Brasil e a demanda por reprodução assistida (Vieira, 2007). Esse é um dos elementos que mais diferencia a “questão” das tecnologias de reprodução nos países pobres, a maioria dos quais foi, em maior ou menor grau, afetado por políticas anti-natalistas. Em nossa pesquisa no hospital público encontramos um número considerável de mulheres que tinha sido esterilizada antes dos 25 anos, com 22, 20, até 19 anos. Também no grupo de discussão⁷² virtual:

“Olá, Eu me chamo XXX e moro no Rio de Janeiro. Fiz laqueadura de trompas aos 19 anos e agora estou com 31. Casei de novo há 7 anos e quero ter um filho. As minhas trompas não podem ser revertidas por meio de cirurgia por isso preciso fazer uma FIV. Não

⁷² No grupo de discussão, não encontrei muitas mulheres que tinham feito laqueadura freqüentando com regularidade ou, pelo menos, não comentavam sobre a laqueadura. As intervenções destas eram mais eventuais, principalmente especulando sobre a possibilidade de reversão.

tenho muito dinheiro, preciso me inscrever em um programa gratuito. Se puderem ajudar, agradeço muito.” GD

Segundo Barbosa, um dos médicos do Hospital Pérola Byington chegou a estimar em 70% o número de mulheres que procuram o serviço no intuito de buscar uma nova gravidez após a realização de ligadura tubária. Tais estimativas não são passíveis de confirmação pelos dados disponíveis na pesquisa (2000:208).

Ribeiro et al (2007) apresentou pesquisa com mulheres à espera de serem atendidas para ovorecepção no serviço de reprodução assistida do Hospital Regional da Asa Sul, no Distrito Federal. Foram incluídas 67 mulheres das 330 da lista. Destas, a maioria se concentrava na faixa etária de 40 a 49 anos, 82%. 77,6%, era de mulheres não-brancas, 76,1% tinha escolaridade de primeiro ou segundo grau, 53,6% apresentava infertilidade secundária e 40,3% por laqueadura tubária.

Em face desta peculiaridade das usuárias de serviço de reprodução assistida no Brasil, percebemos que os riscos e possibilidades são claramente diferenciados segundo a classe social e a correspondência aos padrões de família conjugal de classe média. Esse elemento é fortemente marcado no discurso dos atores e atrizes que se expressaram a respeito da regulação do acesso à reprodução assistida.

No Brasil, a questão se insere no âmbito do direito ao planejamento familiar, assegurado constitucionalmente, com fundamento nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável. Nos termos da lei, o planejamento familiar (ver anexo 19) é direito de todo cidadão, entendido como *o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.*

A lei de planejamento familiar, de acordo com o artigo 3º da lei que o regulamenta, é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde, que compreende, dentre suas atividades básicas, a assistência à concepção e contracepção. As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir programa de atenção integral à saúde que inclua a assistência à concepção e à contracepção. O que representa esse direito para as mulheres e homens que recorrem a serviços de reprodução assistida?

Em março de 2005, o Ministério da Saúde lançou a portaria que regula a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, considerando o disposto na

Lei de Planejamento Familiar. Na portaria, se reitera a necessidade de oferecer atendimento, admitindo que, segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS e sociedades científicas, aproximadamente 8% a 15% dos casais têm algum problema de infertilidade durante sua vida fértil.

A iniciativa representou um primeiro esforço no sentido de institucionalizar a política pública na área da reprodução assistida, agregando novos problemas a questões básicas ainda não resolvidas no atendimento integral à saúde das mulheres no país. De fato, o país apresenta um índice elevado de mortalidade materna.

Os dados disponibilizados pelo DATASUS do Ministério da Saúde – MS, do ano de 2006, por exemplo, demonstram em geral um crescimento expressivo na taxa de mortalidade materna. Nestes dados são consideradas informações adquiridas nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste tendo como referências o período de coleta de 1996 a 2004. Este crescimento pode ser também justificado pelo aumento da notificação. No intervalo do ano 2001 a 2004 manteve-se um crescimento gradativo da taxa tendo um ápice de 5,18, demonstrando uma variabilidade de 70,91 óbitos maternos a cada 100.000 nascimentos e 76,09 no ano de 2004. Embora sejam muito elevados, estes dados certamente estão subestimados, visto que não consideram a subnotificação de eventos de mortalidade materna e o sub-registro de mortalidade. Considerando estes fatores, a taxa de mortalidade em 1995, por exemplo, mais do que triplica, passando de 44 para 147 (Victora, 2001:48). Segundo a OMS, as taxas de mortalidade materna em países da América do Norte e da Europa são, geralmente, abaixo de 11 (WHO, 1997:484). Quando comparadas às taxas brasileiras, identificamos quão precário é o acompanhamento da gravidez e o atendimento do parto no Brasil.

A taxa de mortalidade materna é um indicador da qualidade de vida das mulheres, conforme apresentado oficialmente pela OMS:

“De todos os indicadores comumente utilizados para comparar os níveis de desenvolvimento entre os países e regiões, os níveis de mortalidade materna mostram as maiores disparidades. A mortalidade materna oferece um teste sensível da condição da mulher, do seu acesso aos tratamentos de saúde, e da adequação do sistema de saúde na resposta às suas necessidades. Desta forma, as informações sobre os níveis e os padrões de mortalidade materna são necessárias não apenas por revelar os riscos presentes na gravidez e no nascimento, mas também pelo que isto implica para a saúde geral da mulher e, por extensão, sua condição social e econômica” (WHO, 1997:1).

Considerando-se os problemas do sistema de saúde que estão associados à alta taxa mortalidade materna brasileira, antevemos enormes dificuldades para a implantação da política nacional de atenção integral à reprodução assistida. Estas iniciativas também serão limitadas pela escassez de recursos, a ausência de regulamentação e a fragilidade dos direitos reprodutivos das mulheres brasileiras, identificáveis tanto devido às altas taxas de esterilização, a elevada taxa de mortalidade materna e, ainda, a criminalização do acesso ao aborto. Além disso, uma dimensão de julgamento moral envolve o campo da reprodução assistida no Brasil, como se desenvolverá no próximo item.

4.2 Falas e Silêncios da Normalização da Parentalidade

“Esta é a primeira vez que sou convidado a vir ao Senado, que vai ouvir pessoas envolvidas com o meio, ou seja, quem tem contado com o paciente. Fazer a lei sem conhecer o que acontece do outro lado da cadeira do consultório deve ser algo complicado – eu nunca fiz leis.” Dr. Glina

Os principais atores e atrizes deste campo discursivo no Brasil que estiveram representados nos debates sobre os projetos de lei foram os médicos/as, bioeticistas, feministas, parlamentares/as, especialistas da área jurídica e promotores/as públicos. É importante perceber que as feministas entraram mais tardiamente no debate, devido ao seu *lobby* e pressão política, após iniciado o processo de discussão do PL 90/99. No Seminário realizado pela Câmara Distrital do DF, houve um representante do movimento LGBTTT e uma psicóloga, mas a participação destes dois sujeitos sociais foi pontual no campo. A ausência de usuárias/os e possíveis beneficiárias/os da regulação legal da reprodução assistida chama atenção no acompanhamento do debate.

Em primeiro lugar, é importante indicarmos que os discursos de divulgação e sensibilização para o *drama* da infertilidade, nos termos em que são colocados pelos profissionais que trabalham na área e pela mídia, são discursos que falam sobre e para um casal heterossexual, de classe média ou alta. A veiculação das páginas das clínicas, como as reportagens e artigos de difusão, tendem a apresentar mulheres e homens que vivem em condições econômicas favoráveis, desesperados por não conseguir reproduzir.

Nesta gramática, o sonho do/a filho/a é persistente, causa de grande sofrimento psíquico, como na fala:

“A reprodução assistida não visa, essencialmente, a curar a infertilidade. Ela visa a devolver a esse casal um sonho que é, muitas vezes, importantíssimo na sua escala de valores, que é estabelecer uma prole, o sonho de ter um filho.” Joaquim Lopes, Médico, 2ª audiência

O grupo de discussão virtual também se constituía como um espaço normalizador em relação ao heterossexismo, ao remeter a reprodução assistida a um ‘assunto de casais’ (leia-se heterossexuais). Embora o grupo fosse freqüentado também por mulheres solteiras, como verificamos através da entrevista, estas não se colocaram e não introduziram qualquer discussão sobre o tema particularmente. Não se pode constatar, no entanto, a presença de mulheres lésbicas no grupo virtual, apesar de reportagens, boatos (sempre tem alguém que conhece uma amiga que conhece uma amiga lésbica que fez inseminação artificial) e da fala dos próprios médicos. Há duas possibilidades, ou elas não participavam daquele espaço ou não identificavam sua orientação sexual.

O modelo do casal conjugal foi o grande impulso e ainda se constitui como o maior apelo público à reprodução assistida no Brasil, como em outros países (ver Thompson, 2005). O casal que não consegue ter filhos/as biológicos/as sem a ‘ajuda’ da tecnologia é o fundamento discursivo da oferta de reprodução assistida⁷³. Trata-se de trazer à norma homens e mulheres que romperiam, involuntariamente, com a lógica moderna de família, ao viver uma conjugalidade não-reprodutiva. Estes elementos estão presentes, direta ou indiretamente, nos projetos que buscam a regulação da reprodução assistida no país. Por exemplo, o Projeto de Lei nº. 2855/97, um dos primeiros sobre o tema, é justificado da seguinte forma:

“Devido aos modernos avanços e descobertas científicas e tecnológicas, tanto na biomedicina, como na biotecnologia, tem surgido novas técnicas, que possibilitam, cada vez mais, a muitos casais inférteis ou estéreis, a realização de antigos sonhos de virem a ter os seus próprios filhos, utilizando-se das, permanentemente, inovadoras técnicas de reprodução humana assistida. O número de casais inférteis ou estéreis é muito significativo, sendo que em alguns países, como a Espanha, atinge índice próximo aos 10%. A estatística brasileira assemelha-se a esta taxa. Destarte, pode-se vislumbrar o grande número de pessoas que poderia desmandar os modernos métodos da reprodução humana assistida”. Texto de Justificativa do PL nº. 2855/97

⁷³ Duas outras condições que não dizem respeito à infertilidade têm sido previstas nos projetos e proposições sem causar maiores dissensos: possibilitar que um casal sorodiscordante tenha um filho, pois é possível retirar o vírus do gameta. A outra situação é para se evitar a transmissão de doenças genéticas graves ligadas ao sexo (síndromes que só são transmitidas para um dos sexos, permite-se escolher pré-embriões do sexo ao qual não se transmite a doença, por exemplo).

Os projetos de lei e os debates suscitados em torno deles compuseram o *corpus* da nossa análise, nos quais os temas da parentalidade e filiação definiram características e qualidades de futuros pais e mães para o acesso às novas tecnologias da reprodução.

No ano 2000, Corrêa e Diniz publicaram o artigo “Novas Tecnologias Reprodutivas no Brasil: um debate à espera de regulamentação”. Em 2008, oito anos depois daquela publicação e passados dezesseis da norma do CFM, o debate sobre as novas tecnologias reprodutivas continua sendo um debate à espera de regulamentação⁷⁴. Neste capítulo, apresentamos os discursos dos atores envolvidos com esse debate e seus principais argumentos, no que diz respeito à parentalidade.

Os primeiros projetos, que datam dos anos de 1993 e 1997, não tiveram divulgação e mobilização. Na década de 1990, o tema ainda estava restrito aos profissionais da biomedicina, da bioética e da área jurídica e o número de clínicas e serviços começava a se ampliar no país.

O PL nº. 3638/93 tornava lei o texto do CFM, conforme seu texto de justificativa “apresentar este projeto de lei tem tão somente a intenção de transformar aquele instrumento de disciplinamento ético em norma legal, para fins de seu maior uso e respaldo social”.

O Projeto de Lei do Senado nº. 90 de 1999 inaugurou a discussão sobre o tema no Congresso. Houve audiências e debates para subsidiar a minuta do projeto e, em decorrência deste debate, foi escrita uma nova proposta, que se denomina projeto substitutivo. A partir de então, e nos três anos que se seguiram, as principais revistas semanais e vários programas televisivos trataram do tema das novas tecnologias reprodutivas.

Nos anos de 2000, 2001 e 2002 houve um verdadeiro *boom* sobre o tema da reprodução assistida nas mídias. A discussão estava sob os holofotes: polêmicas sobre gravidez multigemelares, mulheres que tiveram filhos depois dos 45 anos, ‘barriga de aluguel’, quebra de sigilo sobre os/as doadores/as, entre outros temas, estiveram no horizonte

⁷⁴ Os Projetos também definem os crimes como: praticar a RA sem estar previamente licenciado para a atividade; praticar a RA sem obter consentimento informado dos usuários e dos doadores na forma determinada na Lei, bem como fazê-lo em desacordo com os termos constantes do documento de consentimento assinado por eles; envolver-se na prática de útero ou barriga de aluguel, no caso daqueles que o proíbem, na condição de usuário, intermediário ou executor da técnica; fornecer gametas ou embriões depositados apenas para armazenamento a qualquer pessoa que não seja o próprio depositante, bem como empregar esses gametas e embriões sem autorização deste; intervir sobre gametas e embriões *in vitro* com finalidade diferente das permitidas na Lei; deixar de manter as informações exigidas na Lei, na forma especificada, ou recusar-se a fornecê-las nas situações previstas; implantar mais de quatro embriões na mulher receptora, entre outros.

da discussão. Quando iniciamos a pesquisa nos sentíamos exatamente no “olho do furacão”. O debate sobre os dispositivos da Lei de Biossegurança, a partir de 2005, com vistas à autorização das pesquisas com células-tronco (os chamados pré-embriões) tomou a cena do debate moral sobre a reprodução assistida, sem que este tenha tido, no entanto, uma solução legislativa. O Projeto de Lei 90/1999 atualmente encontra-se tramitando na Câmara dos Deputados, sob o número 1184/2003, e a ele foram apensados vários Projetos de Lei que originalmente propostos na Câmara sobre o tema.

Interessa, neste capítulo, analisar os processos de normalização da parentalidade e da reprodução estratificada implicados nestes debates, com base nos depoimentos transcritos, nas justificativas dos PLs e nas publicações relativas aos encontros sobre o tema. Como alguns atores e atrizes se pronunciaram nas audiências públicas e seminários para justificar o conteúdo da regulação sobre o acesso à reprodução assistida no país?

Os Projetos de Lei 2855/97 e 3638/93, mencionados anteriormente, reiteravam a recomendação do CFM de permitir o acesso de mulheres solteiras à técnica. A definição do uso da reprodução assistida se apresentava no:

“...Papel de auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana, facilitando o processo de procriação quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes para a solução”.

A utilização da expressão “terapêuticas” supõe que a reprodução assistida deva ser utilizada quando outros tratamentos não alcançaram os resultados esperados (bebê em casa) e a aproxima da noção de doença ou algum tipo de insuficiência reprodutiva.

O terceiro projeto PL 90/99, do senador Lúcio Alcântara, foi mais específico ainda no sentido de definir a infertilidade como condição médica ao adotar os termos infertilidade irreversível e inexplicada, posteriormente substituídos por infertilidade sem causa definida:

Artigo 2º A utilização da RA só será permitida, na forma autorizada pelo Poder Público e conforme o disposto nesta Lei, para auxiliar na resolução dos casos de infertilidade e para a prevenção e tratamento de doenças genéticas ou hereditárias, e desde que:

I - tenha sido devidamente constatada a existência de infertilidade irreversível ou, caso se trate de infertilidade inexplicada, tenha sido obedecido prazo mínimo de espera, na forma estabelecida em regulamento;

II - os demais tratamentos possíveis tenham sido ineficazes ou ineficientes para solucionar a situação de infertilidade;

III - a infertilidade não decorra da passagem da idade reprodutiva;

IV - a receptora da técnica seja uma mulher capaz, nos termos da lei, que tenha solicitado ou autorizado o tratamento de maneira livre e consciente, em documento de consentimento informado a ser elaborado conforme o disposto no artigo 3º.

Podemos perceber, ao longo dos debates, que as disputas em torno do conceito de infertilidade foram decisivas para indicar o acesso e as restrições de pessoas às técnicas, como na fala que se segue:

“Em relação à minuta, concordo que as técnicas de reprodução assistida são técnicas para tratar doença, que é a infertilidade. Ser solteira não é uma doença, não é infertilidade. A mulher solteira tem outras maneiras de se reproduzir, e não necessariamente através da técnica de reprodução assistida. Portanto, concordo com essa colocação que acredito ser bastante clara”. Sidney Glina, Médico, 1ª audiência

O fato de o ‘tratamento’ oferecido não resolver as condições que levam um casal a ser infértil, algumas das quais não são sequer identificáveis, deixa em aberto a definição de critérios físicos e biológicos, claros e evidentes, que pautariam o acesso às novas tecnologias reprodutivas. É inegável que em muitos casos há patologias identificáveis ou seqüelas de patologias, mas os procedimentos não resolvem estes problemas, apenas os contornam ao tornar ‘potencialmente’ reprodutivo um corpo que não o seria em outras condições. Se o discurso médico é muito claro em definir que a reprodução assistida tem origem na necessidade de se atender ao ‘desejo de filhos’, que se reverte em ‘direito de filhos/as’ deve-se reconhecer que este desejo (direito?) não existe apenas para pessoas em parceria heterossexuais.

Segundo Corrêa, o Brasil está seguindo “uma tendência que se manifesta na Europa, ao menos oficialmente, de limitar o uso dessas técnicas a casos aparentemente fáceis de serem identificados como doenças” (1997:86). No entanto, há controvérsias sobre o conceito de doença. A tensão sobre essa fluidez do conceito é permanente e o aspecto do julgamento moral dessa definição é reiterado. Além disso, se prevê os casos nos quais não há um diagnóstico de infertilidade fechado (a ESCA), como já explicamos:

“Na nossa visão, a reprodução assistida não resolve o problema da infertilidade; é como uma dissimulação da proposta. O casal que passa por um processo de reprodução assistida continua infértil, tanto quanto era antes. Então, a reprodução assistida não é um tratamento, mas uma forma alternativa. Ela resolve uma questão delicada de semântica, mas que tem um efeito psicológico profundo. A reprodução assistida resolve o problema do desejo reprodutivo do casal, mas não resolve o problema da infertilidade, porque o casal continua infértil, tanto quanto antes. Então, seria aconselhável, com o saber dos senhores especialistas, que corrigissem essa redação, que sempre passa pela legislação, porque o público de um modo geral sempre pensa que a reprodução é um tratamento e que resolve a

questão da infertilidade. Era nesse sentido que eu gostaria de aproveitar o saber dos senhores da área de reprodução assistida, sobre esta delicadeza que tem uma implicação, sem dúvida nenhuma, de interpretação, até mesmo da questão ética, de como as pessoas se posicionam diante da reprodução assistida”. Eliane Azevedo, área da bioética, 2ª audiência

E ainda:

“Hoje temos pacientes que procuram serviços de reprodução assistida por terem doenças de fertilidade, mas também temos pacientes que procuram o serviço de reprodução assistida por outras razões que indicarei durante minha exposição. Quanto às pacientes que procuram o serviço por doença de fertilidade, estamos de pleno acordo com o tratamento. Em relação às demais, não estamos de acordo com o tratamento e a lei não ampara essa figura paga com recursos públicos.” Diaulas Ribeiro, Promotor Pró-vida, Seminário Câmara

Ao se reduzir a reprodução assistida ao contorno da infertilidade e se manter o conceito de infertilidade como a ausência de gravidez após dois anos de tentativas sem métodos contraceptivos, há um pressuposto heterossexista em curso, pelo qual, apenas mulheres que tenham contato sexual regular com um homem são consideradas inférteis e passíveis de ‘tratamento’. A normatização do Conselho Federal de Medicina oferece certa flexibilidade a essa definição ao aceitar mulheres solteiras como beneficiárias das técnicas. Os médicos, em geral, eram favoráveis aos termos da norma do CFM nos debates:

“Em primeiro lugar, reforçar o tratamento das mulheres solteiras, isto é, sem união estável. Todos sabemos que de 5 a 10% dos movimentos das clínicas de reprodução humana assistida, hoje, no Brasil, são de mulheres sem parceiros. Esta é a realidade brasileira. Seria, realmente, cercear um direito muito importante, o do beneficiamento dessa mulher pela inseminação, mesmo que não se trate de um caso exclusivo de infertilidade, mas, sim, de um direito de uma mulher querer procriar sem, necessariamente, ter o parceiro.” Edson Borges Jr., Médico, 2ª audiência

Após tramitação regular no Senado Federal, houve uma minuta de projeto substitutivo, cujo relator foi Roberto Requião, pela qual explicitamente se impedia o acesso aos procedimentos de reprodução assistida às mulheres solteiras, lésbicas e mulheres que já tivessem passado da idade reprodutiva.

Artigo 2º A utilização da Procriação Medicamente Assistida só será permitida, na forma autorizada nesta Lei e em seus regulamentos, nos casos em que se verifica infertilidade e para a prevenção de doenças genéticas ligadas ao sexo, e desde que:

I - exista, sob pena de responsabilidade, conforme estabelecido no art. 38 desta Lei, indicação médica para o emprego da Procriação Medicamente Assistida, consideradas as

demais possibilidades terapêuticas disponíveis, e não se incorra em risco grave de saúde para a mulher receptora ou para a criança;

II - *a receptora da técnica seja uma mulher civilmente capaz, nos termos da lei, que tenha solicitado o tratamento de maneira livre e consciente, em documento a ser elaborado conforme o disposto nos arts. 4º e 5º desta Lei;*

III - *a receptora da técnica seja apta, física e psicologicamente, após avaliação que leve em conta sua idade cronológica e outros critérios estabelecidos em regulamento.*

§ 1º *Somente os cônjuges ou o homem e a mulher em união estável poderão ser beneficiários das técnicas de Procriação Medicamente Assistida.*

§ 2º *Caso não se diagnostique causa definida para a situação de infertilidade, observar-se-á, antes da utilização da Procriação Medicamente Assistida, prazo mínimo de espera, que será estabelecido em regulamento e levará em conta a idade da mulher receptora.*

O inciso um do artigo segundo gerou muitas polêmicas, nas quais se evidenciaram ideais sociais de família, parentalidade e sexualidade os quais estavam nas entrelinhas dos projetos com definição dos/a beneficiários/as como pessoas inférteis. No entanto, no relatório Requião apresentou a justificativa sobre essa restrição, sem ambigüidades:

“A iniciativa trata de regular o uso das técnicas de Reprodução Assistida (RA) que importam na implantação de gametas ou embriões humanos no aparelho reprodutor de mulheres receptoras. O projeto embasa suas disposições nos seguintes pilares:

A RA só pode ser empregada nos casos de infertilidade que não decorra da passagem da idade reprodutiva e na prevenção ou no tratamento de doenças genéticas ou hereditárias;

Configura-se como principal objeto de proteção da norma a criança nascida em virtude do emprego da RA; para conferir essa proteção, impõem-se sanções de natureza civil relacionadas ao direito de paternidade e maternidade, de forma a desencorajar a utilização da RA com o objetivo de gerar crianças sem pai ou sem mãe.

De acordo com o § 1º do art. 2º do substitutivo, somente os cônjuges e as pessoas em união estável poderão beneficiar-se da técnica. Elimina-se, assim, a possibilidade de pessoas solteiras se valerem da Procriação Medicamente Assistida para gerar uma criança sem pai ou sem mãe. O que se quer resguardar é o direito de a criança viver no seio de uma família completa, ainda que essa situação ideal seja naturalmente passível de sofrer mudanças inesperadas”.

No texto de justificativa detalha:

(referindo-se a filhos/as oriundo de gravidez por sêmen de doador de uma mulher solteira ou lésbica) *“É correta a criação deliberada dessas situações? A resposta a essa pergunta só poderia ser afirmativa se viesse embasada na hipótese de que para uma criança, ou para as crianças em geral, é melhor não ter um dos genitores ou ter mais de um genitor do mesmo sexo, do que ter só um pai e uma mãe da forma como acontece naturalmente. É muito difícil tentar avaliar a correção dessa hipótese com base em fatos objetivos ou experiências que não sejam somente individuais, ou com base em postulados científicos (apesar de já haver evidências consistentes, baseadas em pesquisas disponíveis, que contrariam a hipótese de que é melhor ter somente mãe, por exemplo)”* (p.14) ... *“quem quer que se proponha a uma análise como essa, constata facilmente que a técnica da maternidade dividida e o*

modelo do genitor de um único sexo acarretam riscos sérios o bastante para invalidar essas modalidades (...) É, portanto, um ser humano como todas essas crianças, “sem genitor” ou “com dois genitores do mesmo sexo”, o balizador das escolhas que precisam ser feitas no âmbito do projeto, definidas com o objetivo de tentar implementar a proteção que a criança requer em cada situação específica” (p.15).

Na fala de Requião foram colocados alguns dos elementos de interdição que as práticas rotineiras nos serviços públicos de saúde impõem: mulheres solteiras e lésbicas não devem ter acesso à reprodução assistida. Todo o discurso do direito reprodutivo, envolvendo o direito de ter filho/a, a assistência devida a ‘casais’ em face do seu sofrimento psíquico cai por terra quando não se trata de casais que correspondem à norma conjugal, heterossexual e, até certo ponto, de classe média. Ao longo dos quatro debates, esses elementos foram evidenciados.

Em setembro de 1999, foi realizada a primeira audiência pública para a “oitava de autoridades e estudiosos do tema, destinada à instrução da matéria”. A expectativa em relação à audiência com os setores técnicos especializados era de que se fornecessem subsídios para o anteprojeto de lei. Evidenciou-se a participação majoritária de médicos e especialistas na área do direito. Um especialista em bioética e um representante do Ministério Público também estiveram presentes (ver anexo 15). Chama a atenção o fato de que havia uma única mulher no grupo, da área jurídica. Houve baixa participação de ouvintes e observadores/as. O relator destacou a “ausência de setores organizados da sociedade que se dispõem em todas as ocasiões a discutir as leis sob o aspecto ético.”

A segunda audiência, realizada em 2001, também teve a participação majoritária de médicos (e novamente de homens), contando com uma mulher professora de bioética e a representante da Sociedade Brasileira de Pesquisa Científica. Foi convocado um representante da CNBB, que não compareceu.

Na terceira audiência, também no ano de 2001, houve mais diversidade de grupos representados, além dos tradicionalmente presentes: médicos, pessoas da área jurídica e da bioética. Houve um representante do Ministério da Saúde, uma representante de uma ONG de Bioética e Gênero (Anis) e um pastor evangélico.

O Seminário realizado em 2001 na Câmara dos Deputados do Distrito Federal e o Seminário realizado no Senado em 2001 foram novas oportunidades de se ampliar o debate para um grupo mais plural em que as mulheres estiveram mais fortemente representadas. As organizadoras do Seminário também indicaram a necessidade de obter subsídios para propor

um novo Projeto de Lei. O Seminário foi o mais crítico no que diz respeito aos conteúdos de normalização do projeto. Além disso, é patente que em todos os debates e/ou seminários assinalados não houve a participação de mulheres que tinham experiências de ‘tratamentos’ para engravidar⁷⁵.

O Seminário “Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas?”, coordenado pela ANIS conjuntamente com outro ONG feminista THEMIS, teve um foco mais restrito em relação a uma discussão propriamente jurídica sobre o acesso à reprodução assistida.

Considerando todos esses debates, podemos identificar os temas pertinentes à parentalidade, quais sejam: a questão do acesso à reprodução assistida; maternidade; paternidade; parentalidade; filho/a biológico/a e genético. Estes temas são analisados em suas inter-relações. A questão do acesso, entretanto, concentra os principais dilemas do debate.

No entanto, gostaríamos de inicialmente colocar um parêntese a respeito da participação do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. A intervenção do Ministério Público na discussão, que apresentou alguns dos argumentos relacionados a juízos morais mais contundentes e polêmicos encontrados no material analisado.

O Ministério Público é a instituição responsável pela defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, segundo o artigo 127 da Constituição Federal. O Ministério Público passou a ter, nos anos 1990, uma atividade mais alargada, estendida aos campos atinentes à cidadania. Assim, é conhecido por seu papel de “defensor da sociedade” e dos interesses públicos.

No Ministério Público do Distrito Federal e Territórios foi criado um setor específico, em 1996, denominado Promotorias de Justiça Criminal da Defesa dos Usuários de Serviços de Saúde, Pró-Vida, no qual se concentraram questões relacionadas à manipulação genética humana; manipulação genética de vegetais e animais (transgenic foods), desde que possa atingir a vida e a saúde dos seres humanos; de clonagem de seres humanos; experimentos biológicos e terapêuticos em seres humanos; eutanásia, suicídio assistido, homicídio humanitário, abortamento eugênico, abortamento seletivo de fertilização artificial, transgenitalização, transplante de órgãos, cessão de útero e a esterilização humana. O que se caracteriza, segundo os termos adotados pela própria instituição, como o campo do Biodireito.

⁷⁵ Houve a fala de um homem parapléptico, assessor da Câmara que se manifestou no debate apresentando sua experiência pessoal. A única fala pública de um usuário nas sessões analisadas.

Embora não tenham sido identificadas dentre as atribuições do Pró-Vida questões relacionadas à reprodução assistida, exceto quando envolvessem manipulação genética humana, experimentos biológicos e terapêuticos, abortamento seletivo ou cessão de útero, houve o entendimento desde o final dos anos noventa de que: “é obrigatório o controle externo do Ministério Público sobre todas as fases do processo de reprodução medicamente assistida, visando à garantia dos interesses virtuais do nascituro e da sociedade, da ordem jurídica e da defesa do patrimônio público contra a malversação de recursos destinados à saúde, quando o procedimento tiver lugar em estabelecimento oficial” (Ribeiro, sd).

O Ministério Público do Distrito Federal e Territórios – principalmente na figura do titular do Pró-Vida, Diaulas Ribeiro – foi bem atuante no campo da reprodução assistida. Ribeiro participou de alguns dos debates públicos e se pronunciou em artigos impressos e publicados no seu sítio na internet. Em primeiro lugar, justificou sua intervenção dado o papel do MPDFT de zelar pelos interesses da sociedade. Denominou o problema como o “funcionamento de fábricas de gente, sem qualquer controle do Estado”, demonstrando sua insatisfação com a falta de regulamentação e de qualquer mecanismo de fiscalização por parte do Estado.

No texto “*O Ministério Público e o Controle Externo dos Procedimentos de Reprodução Medicamente Assistida*” Ribeiro reportou que, em visita ao hospital público em Brasília que oferecia serviço de reprodução assistida (HMIB) tomou conhecimento de que o serviço funcionava em relativa informalidade, pois não havia sido criado através de ato normativo ou lei distrital. No entanto, o que mais lhe chamou atenção foi o que denominou a ausência de critérios de seleção para o acesso ao serviço, que seguia a ordem de inscrição.

Quais seriam os critérios a serem observados? 1 – estado civil, 2 – vínculo entre a mulher e o homem, 3 – aspectos jurídicos sobre possíveis conseqüências do processo, 4 – condição sócio-econômica e 5 – origem (Estado) dos pacientes. Por outro lado, foi sugerido um serviço de orientação para adoção que, segundo o promotor, “poderia resolver inúmeros problemas sem criar outros”.

Esses elementos foram levantados a partir de um acontecimento específico: o “caso dos quintuplos” de Brasília, assunto que foi bastante comentado na mídia no período e que, de certa forma, é representativo dos dilemas da reprodução assistida em países pobres.

A paciente, Lindamar Alves, aos 39 anos, empregada doméstica, mãe de dois filhos adolescentes e laqueada aos 26 anos, recorreu ao serviço de reprodução humana do Hospital

Materno Infantil para engravidar do segundo marido. No hospital, devido à idade considerada avançada, a equipe médica decidiu implantar 05 embriões, embora a norma do Conselho Federal de Medicina indique o limite de 04⁷⁶. Os cinco embriões geraram uma gravidez de quintúplos, dos quais 01 faleceu imediatamente após o parto e os outros quatro sobreviveram com sérios comprometimentos motores, físicos e mentais⁷⁷. Lindamar entrou com um processo contra o GDF por danos morais e materiais.

As perguntas colocadas pelo promotor foram:

- a) *os beneficiários do processo eram casados?*
- b) *se não eram casados, viviam como se casados fossem?*
- c) *neste caso, há quanto tempo?*
- d) *ainda neste caso, por que não eram casados?*
- e) *o casal foi esclarecido das alternativas ao processo de reprodução, como a adoção?*
- f) *foram considerados os aspectos sócio-econômicos do casal?*
- g) *levou-se em conta a renda familiar, antes do processo?*
- h) *o homem que se apresentou como “marido” reconheceu e registrou as crianças?”*

Diaulas Ribeiro, Promotor Pró-Vida

Neste sentido, o promotor aproximou o processo de reprodução assistida ao instituto da adoção, afirmando, de certa forma, que os critérios aplicados a beneficiários do ‘tratamento’ devem ser os mesmos utilizados, ou melhor, ainda mais restritivos para habilitar casais casados à adoção. A adoção foi colocada como uma forma de se “contornar uma fatalidade” e a reprodução assistida, “um perigo para futuros filhos”.

Percebe-se que quatro perguntas dizem respeito ao estado civil da mãe e duas às condições sócio-econômicas e há evidente aproximação com o instituto da adoção:

“Se no quadro real o casal não obtivesse a adoção de cinco filhos (ad hoc balancing test), jamais poderia haver assistência à reprodução com a possibilidade desse resultado. Se as condições sócio-econômicas não eram recomendáveis, deveria ser considerada, ainda, que a infertilidade da beneficiada não constituía uma doença, mas uma opção arrependida sua, ante o desejo de dar uma prova de fertilidade ao “novo marido”, bem mais jovem que ela; e este, de dar uma satisfação social que atestasse sua virilidade. Todos esses ‘argumentos’ — eufemismo de capricho e vaidade — receberam tratamento cosmético pago com o dinheiro do contribuinte.” Diaulas Ribeiro, Promotor Pró-Vida, Seminário Câmara

⁷⁶ Também é comum, dentre as pacientes que freqüentam o grupo de discussão, o relato de que houve implante de 05 embriões nos seus procedimentos. Abdelmassih declara em reportagem que há pressão das pacientes: "A mulher é soberana de seus embriões. Já tive uma paciente que insistiu que eu colocasse cinco embriões em seu útero, mesmo sabendo dos riscos. E assim eu fiz", Revista Isto é. Fonte <http://www.terra.com.br/istoe/comport/147039.htm>. Acessado em 15/11/2007.

⁷⁷ Tive a oportunidade de entrevistá-la e conhecer as crianças em 2004.

Percebe-se, no entanto, que a questão só se torna “capricho e vaidade” quando se trata de um casal que precisou de assistência pública para o ‘tratamento’. A opção arrependida da mulher é observada apenas do ponto de vista individual e o desejo por um filho, do homem, unicamente como prova de virilidade. Este discurso reforça que o acesso à reprodução assistida seja restringido às camadas médias e altas por motivos morais, embora aparentemente o problema seja apenas econômico:

“Nem as normas e valores da sociedade parecem justificar uma solidariedade compulsiva com a pretensão (ou seria um direito?) dos casais inférteis de terem filhos por reprodução medicamente assistida. A mesma razão é invocada para vedar a realização de cirurgia plástica estética com recursos públicos, o que acrescenta um referencial para o debate: a reprodução assistida é um tratamento cosmético ou reparador?” Diaulas Ribeiro, Promotor Pró-Vida, Seminário Câmara

A discussão da elegibilidade aos ‘tratamentos’ de reprodução assistida em países pobres e com índices altos de desigualdade social passa necessariamente pela questão da condição sócio-econômica, o que se manifesta na fala deste representante do poder público, assim como na mídia impressa e televisiva. A elegibilidade diz respeito às condições sócio-econômicas mais favoráveis assim como a casais heterossexuais casados, o que fica bem expresso nas sugestões apresentadas:

“a) Que as técnicas de reprodução medicamente assistida sejam aplicadas exclusivamente em casais heterossexuais com garantias de estabilidade (legalmente constituídos ou não) e de condições adequadas para o completo e harmônico desenvolvimento do nascituro, ficando excluídas as situações em que ele viesse a ter só mãe ou só pai, quer por inseminação post mortem, quer por reprodução de uma mulher isolada (sem ligação, nem de direito nem de fato, a um homem, aqui denominada reprodução hermafrodita) ou de um homem isolado (por recurso à mãe de substituição, aqui denominada barriga de aluguel).

b) Que as técnicas de reprodução medicamente assistida só possam ser utilizadas em benefício de pessoas maiores de 21 anos e com plena capacidade civil, casadas entre si há, pelo menos, dois anos ininterruptos e que não estejam separadas judicialmente ou sob separação judicial de corpos; ou que vivam em sociedade conjugal entre si, com comunhão de habitação e demais condições análogas às dos cônjuges, nos termos da Lei n.º 8.971, de 29 de Dezembro de 1994, desde que não existam impedimentos legais para o casamento.

c) Que os casais comprovem condições sócio-econômicas.

d) Que o hospital encaminhe ao Ministério Público todos os processos, antes de realizar o ato médico hábil a produzir a gravidez, para a fiscalização em relação aos critérios estabelecidos à semelhança dos casos de transgenitalização, de interrupção da gravidez de fetos inviáveis e de transplante de órgão inter vivos.” Diaulas Ribeiro, Promotor Pró-Vida

As análises e recomendações apresentadas foram alvo de duras críticas durante o Seminário na Câmara, da parte das organizações não-governamentais, dos médicos e demais presentes na ocasião, como na fala abaixo:

“Acontece que o nosso Código deve ser respeitado pelos médicos e em nossos “cânones” há dois artigos muito importantes: o primeiro deles diz que todas as pessoas têm os mesmos direitos e não podem ser discriminadas. Nós somos obrigados a respeitar a legislação vigente e não podemos, por sinal também não queremos, discriminar pessoas em virtude de situações políticas, econômicas, opção sexual, gênero. Ou seja, somos proibidos de discriminar e também não queremos discriminar. Nosso respeito inicial é a nossa lei maior, a Constituição Brasileira de 1988.” Dr. Pedro Magalhães CRM

As falas tangenciaram pressupostos, evidenciaram práticas cotidianas nos hospitais e reverberaram em processos de reprodução social que envolvem discriminações tácitas. Na prática, os hospitais públicos brasileiros, entretanto, discriminam uma vez que não há relato na literatura disponível e, esse também foi o caso da nossa experiência, de hospital público que ofereça atendimento para mulheres solteiras (ver Luna, 2004 e Costa, 2001). Há restrições relativas ao estado civil – exigindo que esteja casada ou viva em união estável, pressupondo uma mulher heterossexual – assim como à idade, geralmente não podendo as mulheres beneficiárias ter ultrapassado os 39 anos.

Assim, as regulações em torno da família conjugal heterossexual e de classe média se tornaram os balizadores das restrições à reprodução assistida. Parte das justificativas apresentadas se coaduna com as instruções da Human Fertilisation and Embryology Act (1990) – Lei de Fertilização Humana e Embriologia para o Reino Unido – HFEA, a qual dá ênfase à necessidade da criança de ter um pai, evitando a possibilidade de mulheres sem parceiros e homossexuais fazerem uso da técnica.

O modelo legítimo de família parecer ser uma das pedras de toque no debate legislativo, uma vez que o modelo de família conjugal é sacralizado nas discussões. No caso do debate sobre a parceria civil⁷⁸, por exemplo, foi necessário afastar ao máximo o termo família do horizonte discursivo, porque uma família homossexual não é admissível legalmente (nem simbolicamente).

⁷⁸ Ver Família no Brasil dos Anos 90: um Estudo sobre a Construção da Conjugalidade Homossexual de Luís Mello Neto. Tese de Doutorado. Departamento de Sociologia UnB, 2000.

No “Seminário Quem Pode Ter Acesso às Tecnologias Reprodutivas? Diferentes Perspectivas do Direito Brasileiro”, realizado no Senado Federal no ano de 2001, o promotor explicitou seus argumentos, orientados ao chamado interesse da criança.

“A nossa primeira pergunta foi a seguinte: a mulher sozinha que quer ter filho sem contato com um homem preenche qual tipo de doença? Não tem doença reprodutiva que justifique, porque a doença reprodutiva, pelos conceitos da Organização Mundial de Saúde, caracteriza-se nas mulheres que mantêm relações sexuais constantes e não preservadas com um homem por mais de dois anos. Então, a mulher solteira que não está tendo relação sexual com um homem, não tem um parceiro e não tem doença de fertilidade não pode ser tratada em hospital público. Hoje, antes de inseminar mulher sozinha com doador anônimo de sêmen, precisamos regulamentar o status jurídico do doador de sêmen para a prole que ele vai gerar. Não estamos preocupados se o sujeito deu, vendeu ou emprestou o sêmen – isso pouco me interessa. Pergunto: é justo que uma criança seja gerada por vaidade, egoísmo ou auto-afirmação de uma mulher sozinha, omitindo dessa criança o direito de conhecer o seu patrimônio genético futuro?” Diaulas Ribeiro, Promotor Pró-vida

O desconforto a respeito da possibilidade de uma mulher ter filhos, sem participação masculina direta, têm assaltado homens, como no caso do nascimento virgem. Na ‘síndrome do nascimento virgem’, Strathern (1995) relatou que, por volta de maio de 1991, na Grã-Bretanha, iniciou-se uma polêmica em torno de mulheres que buscavam a inseminação artificial como forma de contornar relações sexuais. Estas mulheres, sem nenhuma experiência sexual, não desejavam manter relações sexuais com homens, nem com mulheres, elas desejavam ter um/a filho/a.

Os médicos se sentiram constrangidos diante do fato de não estarem atuando em substituição do genitor, como é o caso em que casais procuram o ‘tratamento’, e passaram a se sentir responsáveis, eles mesmos, através de sua intervenção, pela concepção. Também suspeitaram de desejos ocultos que podiam estar em jogo para aquelas mulheres. Alguma forma de patologia estaria se manifestando naquela insistência em procriação com a recusa do ato sexual.

A Lei de Embriologia e Fertilização (1990) humana, vigente naquela época, (e ainda hoje) estipula que: “não se prestarão serviços de tratamento a uma mulher, a menos que se tenha levado em conta o bem-estar de qualquer filho que possa nascer em consequência desse tratamento (inclusive a necessidade da criança de ter um pai) e de qualquer outra criança que possa ser afetada pelo parto” (apud Strathern, 1995:310).

Ora, o que incomodava mais aos médicos no caso do ‘nascimento virgem’ era o fato de se sentirem responsáveis por uma maternidade independente, que excluía a possibilidade

de um pai. O que ficou evidenciado na discussão é que, embora seja cada vez mais crescente o número de pais que não assumem a paternidade dos filhos, é à mãe que cabe ser portadora do ideal. Há uma aceitação cultural tácita do abandono de filhos por parte dos pais⁷⁹, esse comportamento não tem sido enfatizado como patológico, anormal ou perverso, nem desperta maiores polêmicas, mesmo sabendo-se que gera as mesmas conseqüências relacionadas, da ausência paterna (Strathern,1995).

Este é um dos pontos mais interessantes na discussão: o imperativo da criança ter um pai mobiliza de uma forma tão intensa que não corresponde, no entanto, à indiferença com que se lida com o abandono deliberado de pais em relação a seus filhos nas sociedades contemporâneas. Quais discussões públicas vêm sendo mobilizadas em relação à paternidade?

Fazendo um diagnóstico na situação paterna nos dias de hoje, Hurstel (1999) mostrou que há uma multiplicação de homens em posição de pai para uma criança. Várias funções – genitor, pai legal, pai provedor, educador – são repartidas entre vários homens, quando não assumidas exclusivamente pela mulher. Nas famílias monoparentais, geralmente as mães acabam assumindo todos ou quase todos os encargos referentes aos filhos; nas famílias recompostas, há um rearranjo que provoca a fragmentação da paternidade. A paternidade encontra-se francamente em crise nas últimas décadas, mas é um assunto que não tido maior apelo político. No entanto, no caso da reprodução assistida, o seu apelo é fundamental no sentido de que a sociedade tem o dever de proteger a criança. Mas o que se mantém nesse caso é a força da norma.

“No Projeto de Lei nº. 90, de 1999, verificamos a possibilidade de que mulheres solteiras façam uso das técnicas de reprodução humana assistida, dando, assim, origem a uma família monoparental planejada. Temos muitas dúvidas sobre se isso é o ideal sob o ponto de vista da criança que já vai nascer sem pai. O projeto original afasta a figura do pai que não me parece possa ser afastada de um modo tão simples assim. Não há aqui nenhum preconceito com relação à mulher solteira; nós estamos apenas pensando na criança. Não vamos também dizer que a Constituição Federal protege a família monoparental, por isso as mulheres solteiras poderiam se socorrer. Protege, sim! Mas a família monoparental que ocorre depois é um acontecimento que sobrevém, não é uma família monoparental planejada, como ocorre com este Projeto de Lei Verifico que o Substitutivo não aceita esta possibilidade e quero manifestar a minha concordância, porque me parece que do ponto de vista psicológico e ideal, a criança deve ter um pai.” Silmara Almeida, Profa. de Direito e Membro da Comissão de Bioética, 3ª audiência pública.

⁷⁹ A esse respeito ver a tese *“Paternidade e deserção. Crianças sem reconhecimento, maternidades penalizadas pelo sexismo”*, Thurler, 2004.

A manutenção da força da norma não contribui para a autonomia das mulheres, nem mesmo para a inclusão equitativa dos homens nos modelos de família conjugal heterossexual. A força da norma reforça o heterossexismo e o lugar de exterioridade e controle da sexualidade feminina reservado aos pais como maridos. Há um lugar do homem a ser preservado que reforça as hierarquias de gênero e sexualidade.

Costa (1998) desenvolveu uma discussão sobre a questão da paternidade no caso em torno da ovelha clonada Dolly e os temores em relação à reprodução que dispensa a participação masculina. Atribuía-se uma ‘mãe’ à ovelha e não um ‘pai’, desconsiderando-se o fato de que Dolly não era filha, era uma réplica, uma cópia. O tema trouxe à tona o temor da ausência do homem no processo reprodutivo no Brasil.

Embora a questão que tenha suscitado a discussão (clonagem) fuja do escopo do nosso trabalho, as fantasias em relação à problemática da reprodução sem o homem são semelhantes às encontradas em alguns discursos no campo da reprodução assistida.

Walter Ceneviva escreveu na Folha de São Paulo sugestivo artigo, “Homens e Machos”, no qual revela esses temores:

“As técnicas de reprodução humana, no estágio científico hoje conhecido, ainda não excluíram a participação do sexo masculino, mas já puseram o macho para escanteio. Apesar do conteúdo trágico dessa avaliação, nota-se que o destino antes reservado, entre outros, a touros e cavalos de raça, não chegou a afligir a metade masculina da humanidade, pois tudo parece continuar como dantes. O fato, porém, é claro. A era da indispensabilidade do macho terminou para aquelas que, integrando a metade feminina do gênero humano, queiram percorrer o caminho da maternidade”.

A possível ‘indispensabilidade’ dos homens, assim como um provável adultério tecnológico também compõe esse idioma sexista: “alguns homens, em referência à questão de mulheres casadas procurarem bancos de esperma, como o jurista Balcells Gorina (apud Stolcke,1998:149), chegam a afirmar que se constitui um adultério (adultério tecnológico)”.

Ribeiro chegou a sugerir que uma inseminação artificial possa encobrir um adultério de fato:

“Se o marido participar do processo médico, em tudo assentindo, inclusive na fertilização de um óvulo com sêmen alheio, e se a mulher, nesse período, engravidar de uma infidelidade conjugal e não de uma fertilização in vitro, estaria ele obrigado a assumir a paternidade? Havendo essa suspeita, o marido poderá demandar judicialmente a negativa dessa paternidade?” (Diaulas Ribeiro, Promotor Pró-Vida, 2002:47).

Além do elemento da conjugalidade heterossexual constituída, e do controle da sexualidade feminina implicado nos temores do adultério, seja tecnológico ou não, o debate também trouxe à tona velhos temores neomalthusianos, diante da possibilidade concreta de se restringir o acesso a pessoas que tenham condições financeiras consideradas boas para criar um filho/a, fortalecendo o elemento da reprodução estratificada.

A reportagem da Revista Época *“Filhos na Pobreza: Nascimento de quintuplos de casal de baixa renda reabre discussão sobre fertilização in vitro”* reiterou a perspectiva de que as políticas de reprodução devem ser seletivas em relação ao acesso de grupos desejáveis para reproduzir-se.

“Uma história de amor vivida na fronteira da miséria despertou polêmica sobre a fecundação in vitro – ou bebê de proveta, como o método é popularmente conhecido (...). Linda Mar está desempregada há sete meses. Clidenor ganha salário mínimo. Na casa alugada por R\$ 200, na cidade-satélite de Samambaia, ele pediu um filho à mulher, que havia 13 anos ligara as trompas para evitar uma nova gravidez. Linda Mar foi ao posto de saúde, mas não conseguiu reverter a laqueadura.(...) Como o HMIB, há outros quatro centros de reprodução assistida na rede pública hospitalar do Brasil. A condição socioeconômica do casal não faz parte dos itens observados para admissão no programa. (...)Não se discute se o destino dos filhos pode ser a marginalidade.” Revista Época

Se no lugar destas, colocarmos outras perguntas?

Por que as mulheres no Brasil são tão precocemente laqueadas? A reportagem, como a maioria dos discursos sobre o assunto, naturalizou o fato de que a infertilidade no caso foi provocada.

Que alternativas anticoncepcionais reversíveis pode o Estado oferecer às mulheres? Se é necessário preservar a capacidade reprodutiva de mulheres é possível se viabilizar uma outra forma de controle reprodutivo destas que não gere outras demandas de assistência do Estado?

É constitucional que um hospital público limite o acesso de pessoas pobres a serviços de reprodução assistida, considerando o princípio da universalidade, base do SUS?

Por que os projetos de lei, que limitam o número de embriões a serem introduzidos nas mulheres, não são aprovados, perpetuando-se um estado de falta de regulamentação? Por que não se fiscaliza o serviço público de reprodução assistida?

Por que o destino dos filhos dos pobres deve ser a marginalidade?

Embora as famílias usuárias dos serviços de reprodução assistida não venham colocar necessariamente novas questões (as famílias monoparentais e de homossexuais já estão aí, por exemplo), elas podem evidenciar muitos pressupostos culturais que têm sido tomados como

naturais e invisibilizados no que diz respeito às representações das famílias. O que é tido como desejável e culturalmente aceitável, sob que argumentos e pressupostos?

No discurso dos médicos e legisladores há um elemento sacralizado: o fato de ajudar um casal a tornar-se uma família é investido de significados extremamente nobres. Mas não é qualquer família, casal ou mulher que pode ser investido destes significados. Um julgamento moral, com base sexista, heterossexistas e de classe perpassa o debate.

Thompson (2005) realizou um estudo etnográfico em clínicas de reprodução assistida quase “desde as primeiras experiências”, nos início dos anos 1990, interessada em temas relacionados à filosofia e à teoria social, nos Estados Unidos. Assim, seu trabalho não se deteve nas questões envolvidas em “fazer bebês”, mas em “fazer pais”. Perguntou sobre “o que é mobilizado para ‘fazer pais’ – a intervenção biomédica, as inovações legais, o trabalho de retirar a ambigüidade sobre categorias relevantes do parentesco” (2005:5).

A socióloga observou, com acuidade, as alterações ocorridas desde que começou sua pesquisa nas clínicas. Inicialmente, o padrão de acesso às tecnologias se assemelhava àquele das adoções. O desejo por uma gestação não era considerado suficiente, pois o julgamento estabelecido por outras pessoas sobre sua “qualificação” para a parentalidade era levado em conta. Assim como no processo de habilitação para os adotantes, baseado na idéia do “melhor interesse da criança”, alguns pais seriam considerados aptos e outros não aptos para exercerem a parentalidade. No entanto, o acesso à reprodução assistida passou a ser vinculado mais à noção de “escolha reprodutiva” do que a de “melhor interesse da criança”. A privacidade reprodutiva e o direito ao acesso ao ‘tratamento’ adequado prevaleceram à imposição de se provar que se ofereceria o lar ideal para o futuro filho e dos julgamentos morais inicialmente observados.

Durante a década de 1990 e os primeiros anos do novo milênio, um número crescente de clínicas passou a aceitar mulheres solteiras, casais de gays e lésbicas. Isso representou que aqueles que não têm acesso às tecnologias reprodutivas passaram a ser aqueles que não têm condições de pagar, que não têm seguro saúde ou são atendidos pelo Estado.

Ao passo que a reprodução assistida se tornou parte da privacidade reprodutiva, fazer pais ao invés de fazer bebês tornou-se mais importante, com a mudança da idéia de melhor interesse da criança para uma perspectiva centrada nos pais e seus direitos reprodutivos. (Thompson, 2005:7).

No Brasil, as hierarquias reprodutivas se impõem aliadas aos discursos de julgamento moral e interdições às mulheres solteiras e lésbicas. Além disso, os direitos reprodutivos das mulheres são elusivos em um contexto de precariedade no atendimento à saúde e, em particular, à saúde reprodutiva.

4.3 Um Tema que Incomoda: Feministas e Novas Tecnologias Reprodutivas

Ao analisar a temática da maternidade, Swain afirmou que “a proliferação das clínicas de inseminação ou reprodução artificial mostra que a auto-imagem das mulheres é ainda tributária da maternidade para a inserção plena no social (...) As pesquisas sobre as novas tecnologias de reprodução *in vitro* ou de inseminação artificial, a polêmica das “barrigas de aluguel” respondem a uma “necessidade” da maternidade para os casos de infertilidade. Entretanto, estas técnicas podem ser vistas como uma utilização máxima dos corpos femininos, como sublinha (Jana Sawicki 1999:193), ou seja, tornam-se ainda mais determinados por suas especificidades reprodutoras” (Swain, 2007b: 204 e 216).

As novas tecnologias reprodutivas trouxeram novamente à tona a temática da maternidade e evidenciaram novas as fissuras entre os feminismos. Também reatualizaram questões que se somaram à tradicional polêmica sobre a colagem da identidade da mulher com o lugar de mãe. As chamadas feministas radicais tenderam a enfatizar os riscos e perigos das novas tecnologias reprodutivas, seja por uma sobredeterminação do imperativo da maternidade, seja por “retirar das mulheres sua única fonte de poder” (Brook, 1999:23).

Franklin (1995) no texto “Postmodern Procreation: a Cultural Account of Assisted Reproduction” e Thompson (2005) no texto “Fertile Ground: Femnists Theorize Reproductive Technologies” chamaram atenção sobre como a reprodução assistida trouxe tensões para as feministas. Voltadas especificamente para a literatura euro-americana, as pesquisadoras indicaram que, por um lado, nestes países, entre o feminismo, houve o reconhecimento de que a impossibilidade de ter filhos biológicos pode representar uma grande fonte de dor e infelicidade para homens e as mulheres e que a reprodução assistida pode ser um meio de aliviar isso. Por outro lado, no entanto, houve forte resistência, em face do compromisso feminista histórico de romper com as expectativas de papéis de gênero e o essencialismo presente na associação entre maternidade e identidade feminina – reforçada pelos ‘tratamentos’ para contornar a infertilidade.

Thompson (2005) destacou que muito da resistência à pesquisa do tema se deveu à resistência das feministas que afirmaram as tecnologias nocivas e ideológicas por si mesmas e, assim, desvalorizaram a pesquisa e a escuta das mulheres (questionando o seu desejo por filhos/as) e aquelas que procuraram formas mais nuançadas, contextualizadas, como etnografias críticas, estimuladoras de uma crítica gerada pela pesquisa empírica sistemática. Gena Corea, por exemplo, afirmou que acreditava em uma dominação médica (masculina) dos corpos femininos, através das novas tecnologias reprodutivas, e afirmou, claramente “muitas das mulheres, como eu, têm trabalhado para impedir o avanço dessas técnicas, não falo em regulamentação, falo em realmente impedir que elas avancem” (1996:165).

Segundo Inhorn, “as primeiras críticas do feminismo associavam as novas tecnologias reprodutivas à sacralização da maternidade tradicional.(...) No entanto, este discurso feminista se mostrou opressivo nos seus próprios termos: feministas ou mulheres independentes que estavam passando por problemas de infertilidade encontraram dificuldades para revelar seu desejo por filhos/as e se viram em uma situação em que tinham que esconder a busca por ‘tratamentos’ para a infertilidade Algumas pesquisadoras feministas que estavam passando por ‘tratamentos’ complexos, tidos como controversos, para engravidar se colocaram na posição hipócrita de denunciar as novas tecnologias reprodutivas em seminários e conferências” (Inhorn & Balen, 2002:15).

Thompson (2005) fez uma distinção entre duas fases: a primeira datando de 1984 a 1991 e a segunda de 1992 a 2001. A primeira se caracterizou pelo primeiro contato das feministas com o tema e a segunda incluiu trabalhos que dão continuidade, mas também criticam os argumentos da fase um. Ela defende que os escritos da primeira fase se coadunam com a segunda onda do feminismo e os da segunda fase, com a terceira onda.

Para ela, os escritos sobre infertilidade e tecnologias reprodutivas da segunda fase não apenas exemplificam a terceira onda emergente (pós-estruturalismo) como também representam um campo que precipitou a terceira onda do feminismo.

Na chamada primeira fase, um grupo de feministas autodenominadas radicais organizou-se para oferecer resistência ao uso as Novas Tecnologias Reprodutivas. O grupo chamado FINRRAGE – Feminist International Network on Resistance of Reproductive and Genetic Engineering – se manifestou contrário à “divisão, fragmentação e separação do corpo feminino em partes distintas para sua recombinação pela ciência misógina e a medicina experimental” (Corea, 1996: 168). Ao enfatizarem a necessidade do poder masculino de

controlar a reprodução para submeter às mulheres, reduziram-nas a vítimas passivas de homens controladores do poder científico-tecnológico, e acabaram por reiterar o argumento “biológico”, por serem favoráveis a vivência de uma maternidade o mais “natural” possível.

Assim como nos países desenvolvidos, no Brasil, algumas feministas que se manifestaram no campo da reprodução assistida assumiram uma posição de resistência às tecnologias. A produção acadêmica feminista brasileira da última década também apresentou esse viés. Foi acentuado o caráter experimental das técnicas e o fato de haver desconhecimento das suas conseqüências para a saúde das mulheres que são submetidas ao ‘tratamento’. Destacou-se, também, que as estatísticas sobre o sucesso da técnica são manipuladas pelas clínicas. Fala-se de 15% a 25% de sucesso, comparando uma tendência natural de 25% de sucesso nas relações sexuais ‘normais’.

Nas Jornadas Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: Questões e Desafios, que reuniu várias pesquisadoras da área em 2003, a antropóloga Míriam Grossi sugeriu a necessidade de se estimular um movimento similar ao parto humanizado no campo da reprodução assistida:

“Ao elaborarmos este livro, comemorava-se os 25 anos do nascimento de Louise Brown e o ‘milagre da ciência’, o de fazer filhos. Durante uma semana, o principal noticiário televisivo, o Jornal Nacional, da TV Globo, em agosto de 2003, exibiu uma série de reportagens sobre as novas tecnologias de reprodução no Brasil. Entre entrevistas com médicos de avental branco e mulheres rodeadas de crianças, mais uma vez foram reatualizados os mitos da maternidade como definidora do gênero feminino e do poder da ciência em ‘tornar as mulheres felizes’. Apesar de algumas vozes dissonantes, pouco se viu sobre os fracassos, os erros médicos, as seqüelas em crianças e mulheres e decepções (...) Torcemos para que, talvez, assim como ocorreu há uma década com os obstetras e pediatras – que ao constatar os riscos e a crueldade dos partos medicalizados (cujo expoente é a cesariana) passaram a militar a favor do ‘parto humanizado’ –, comece a gestar-se um movimento similar entre ‘especialistas em fazer filhos’ à luz das reflexões sócio-antropológicas que estamos fazendo.” Míriam Grossi (2003:10).

Nas escassas oportunidades de debate público, as feministas defenderam uma posição que buscava frear a generalização das técnicas mais do que regulamentar o acesso a estas:

“Nosso ponto de divergência, no entanto, está no objeto da regulamentação: para a grande maioria das entidades e pessoas interessadas na medicina reprodutiva o problema está nos usos possíveis da técnica, onde questões como tipos de família ou representação de direitos sexuais e reprodutivos tornam-se prioritários. Discute-se antes o impacto social das técnicas reprodutivas que mesmo o sentido de sua existência. Muito embora reconheçamos a importância dessas discussões, para nós, da Anis, a questão fundamental é ainda anterior. A nossa proposta é que se reflita sobre a segurança científica de alguns procedimentos da medicina reprodutiva, avaliando-se o impacto dos riscos na saúde das mulheres e das crianças a serem geradas. Enquanto esse processo avaliativo for conduzido, nossa

recomendação é que as técnicas reprodutivas sejam consideradas procedimentos experimentais e que todas as conseqüências desse novo status ético e jurídico sejam respeitadas.” Kátia Braga ONG Anis, Seminário da Câmara

Foram produzidos estudos sobre o papel da mídia em vender a idéia de eficácia das novas tecnologias da reprodução na realização do sonho de um filho/a biológico, deixando de enfatizar que, a grande maioria das pessoas submetidas aos procedimentos não consegue realizar o seu objetivo. Para Ramirez-Galvez, por exemplo, a política de apresentação das tecnologias reprodutivas como alternativa para contornar situações específicas, é falaciosa. Favorece o estímulo à compulsão pelo uso das novas tecnologias reprodutivas e afasta o recurso à prática da adoção de crianças.

A questão da maternidade foi reintroduzida, pois as novas tecnologias reprodutivas reforçariam, também, a visão da mulher como totalmente identificada com a maternidade e a reprodução, identificação tanto ou mais poderosa do que a que se fazia exclusivamente em nome da natureza. Neste sentido, Diniz e Guilhem expressaram:

"Assim sendo, o desejo por filhos, embebido no imaginário social associado à feminilidade, faz com que as mulheres submetam-se voluntariamente às terapias invasivas e de alto custo das novas tecnologias reprodutivas, sendo que muitas vezes essa vontade pode antes ser fruto de uma imposição social naturalizada pela cultura, isto é, de uma vulnerabilidade moral das mulheres, que expressão de um desejo por filhos" (Débora Diniz e Dirce Guilhem, 2000: 2).

Corrêa também corroborou com está idéia. Para a pesquisadora, os poderes médicos e científicos, entendidos como poderes patriarcais, reforçam o desejo por filhos/as:

"A demanda criada por desejo de filhos no contexto das novas tecnologias reprodutivas não teria as próprias tecnologias reprodutivas como um de seus principais protagonistas? Dito de outra maneira, não seriam as novas tecnologias criadoras de um novo desejo de desejo de filhos?" (Marilena Corrêa, 1997:27).

Diniz (2000) e Queiroz (2002) destacaram a passividade e a perda de autonomia das mulheres submetidas às técnicas:

"É importante considerar a hipótese de que muitas mulheres se submetam passivamente a essas técnicas como forma de adequar-se aos papéis socialmente desejados e esperados das mulheres – especialmente daquelas em situação de conjugalidade – em que a maternidade é quase um imperativo social" (Débora Diniz, 2000:1).

Sob esse ângulo, as novas tecnologias reprodutivas são um processo camuflado de renúncia tácita à autonomia: as mulheres estão cada vez mais dependentes das tecnologias reprodutivas para engravidar e reproduzir, mesmo quando inexistente impedimento natural à concepção" (Arianne Queiroz, 2002: 241).

Estes exemplos podem ser multiplicados, mas o que interessa é destacar a que seus argumentos centrais se referem: ao caráter experimental da técnica, ao fortalecimento da perspectiva biológica/genética em detrimento de alternativas consideradas mais pertinentes como adoção, à medicalização do corpo feminino que também representa fortalecimento do poder masculino sobre a reprodução e à reiteração da maternidade como identidade social feminina. Neste sentido, a discussão do acesso ou mesmo de introduzir o tema no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos não é relevante. Trata-se de se conter a expansão das novas tecnologias de reprodução. A infertilidade não pode ser considerada um problema, se a problemática central é o desejo de ter filhos.

“Aparentemente, o único limite da aplicação das novas tecnologias reprodutivas seria aquele representado pelo desejo oposto, isto é, o de não querer ter filhos. Como visto, o filho das novas tecnologias reprodutivas tem que ser desejado para que a infertilidade possa ser aventada ou diagnosticada. Não querer ter filhos anula a possibilidade de um estado de hipofertilidade ou de infertilidade vir a ser ou não medicamente confirmado, ou mesmo apenas ser interrogado. Há um aspecto ainda mais importante: a ausência de desejo de filhos invalida também a possibilidade de se falar em nome de um direito irrestrito à reprodução; ou pelo menos, traz a necessidade de se falar, também em um direito reprodutivo de não se reproduzir biologicamente, ou de se viver sem filhos sem ser estigmatizado. A transformação do desejo em um direito a ser positivamente garantido por tecnologias reprodutivas e por assistência tecnologia tecnológica poderia vir a anular o direito à não reprodução. A redescrição do desejo de filhos poderia expelir o direito de se permanecer sem filho, sem sofrer pressões por busca de tratamento.” Marilena Corrêa, (2003:36)

Inhorn e Balen (2002) questionaram o silêncio das pesquisas acadêmicas em relação à temática da infertilidade. Na década de 1980, segundo as autoras, por exemplo, as novas tecnologias da reprodução, quando estudadas, nos Estados Unidos ou na Europa, eram consideradas com um olhar mais filosófico do que empírico. Filósofas, bioeticistas, feministas, insistindo em uma crítica radical, acabaram por deixar de lado a pesquisa de campo sobre a temática. Considerando-a irrelevante, ou até mesmo, politicamente incorreta, as pesquisadoras deixaram um grande vácuo etnográfico e analítico. Em relação aos países do Terceiro Mundo essa omissão foi ainda mais marcada.

As autoras indagaram em que medida isso se deve a uma espécie de neomalthusianismo disseminado no corpo da nossa sociedade: “o silêncio das pesquisas em relação à infertilidade de mulheres não-ocidentais espelha o monolítico neomalthusiano das políticas públicas ocidentais, que são muitas vezes obcecadas com a hiperfertilidade de mulheres não-ocidentais. Não as vêem como merecedoras de alta tecnologia. Afinal, ajudar

subpopulações inférteis nunca foi uma prioridade no discurso populacional e pode até ser visto como contrário ao controle populacional global” (Inhorn e Balen, 2002:7).

O argumento de Inhorn e Balen é muito contundente. Não podemos afirmar que, no Brasil, as feministas que apresentaram resistência às novas tecnologias reprodutivas estejam associadas a discursos controlistas neomalthusianos. No entanto, podemos problematizar em que medida esse tipo de abordagem, que deu ênfase à condição de passividade e não-reflexividade das mulheres usuárias das técnicas, também acabou por deixar espaço para os discursos de normalização da parentalidade.

Os discursos das feministas sobre a reprodução assistida, no Brasil, não incorporaram, de maneira geral, a reprodução e o ‘tratamento’ da infertilidade no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos. A resistência ao tema, como vimos, representou o afastamento da perspectiva de se incluir algum tipo de direito das mulheres ao acesso aos serviços de reprodução assistida. A fala de Elizabeth Saar, representante da organização não-governamental Centro Feminista de Estudos e Assessoria, Cfêmea, no Seminário promovido pela Câmara, foi exceção nesse cenário:

“O trabalho do Cfêmea é exatamente acompanhar, junto ao Congresso Nacional, o avanço dos projetos dos nossos legisladores com relação aos direitos das mulheres. A reprodução humana é um tema que estamos acompanhando diretamente. Curiosamente, nós, mulheres, pouco somos ouvidas nessas situações. (...) Sobre esse termo de ajustamento que o senhor está propondo, penso que esse é o primeiro dos debates que teremos, porque é necessária, cada vez mais, essa consulta à sociedade. A legislação ou normatização não pode ser feita sem a consulta aos usuários dessas leis, ou seja, os que irão sofrer as conseqüências dessas leis.(...) A reflexão que fazemos nos remete a três pontos. O primeiro é o exercício pleno da autonomia que os cidadãos, homens e mulheres devem ter dentro da sociedade. O segundo seria a necessidade da regulamentação da reprodução humana assistida ou não. A regulamentação é algo necessário. O terceiro ponto sobre o qual já falei é a consulta democrática para se fazer essa regulamentação. Para o exercício da autonomia, acreditamos na capacidade de mulheres e homens para decidir, de forma livre, sem restrições, sem coerção ou pressão, sobre a sua vida e sobre o seu corpo. A maternidade e a paternidade representam, portanto, direitos e escolhas para mulheres e homens da sociedade.(...) Outro ponto que merece destaque é a necessidade de regulamentação para que sejam evitados comprometimentos à saúde das mulheres. É preciso que os direitos já conquistados sejam garantidos.” Elizabeth Saar, Cfêmea

O acesso à reprodução assistida pode ser considerado um direito, um novo ‘direito de ter filhos’? Como conceitualizar o campo da reprodução assistida no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos? Quem deve ter acesso? O debate apresentado se propôs a colocar o discurso a partir da perspectiva de vários atores e atrizes sociais. Apresentamos os aspectos da normalização, do heterossexismo, das relações de gênero e das hierarquias reprodutivas

identificadas nestes discursos. Entendemos que este campo oferece também nova oportunidade de problematizarmos sobre o incômodo, ainda persistente do feminismo em relação à maternidade, o qual pode contribuir inclusive para um novo olhar sobre a paternidade. Os conceitos de sociedade de risco, reflexividade social e construção de narrativas biográficas podem ser instrumentos analíticos com vistas à reconsideração dos elementos da reprodução social.

Conclusão

A modernidade alterou radicalmente a natureza da vida social cotidiana e afetou os aspectos mais pessoais de nossa existência. Com o advento das novas tecnologias da reprodução, foram criadas situações, antes sequer imaginadas: um cenário em que espermas, óvulos, embriões e até mesmo o útero podem ser deslocados de seu “lugar” original. O “lugar” que tradicionalmente ocupavam, dentro de uma relação heterossexual e dentro de um casamento. A tradição, na maioria das sociedades ocidentais, supõe que um casal tenha um/a filho/a gestado/a pela mulher, geneticamente relacionado a ambos os pais ou admite o recurso à adoção. No entanto, intercambiar esperma, óvulo, embriões e útero possibilita novas experiências sociais e culturais que não se referenciam nem exclusivamente no modelo parental biológico, nem no modelo parental por adoção.

A reprodução assistida, potencialmente, contribuiria para autonomizar a reprodução da conjugalidade e do modelo heterossexual. Mulheres e homens encontrariam uma margem mais ampliada de repertórios de vida para constituição identitária, novas formas de subjetivação e novas narrativas biográficas, constituindo-se assim como uma expressão de reflexividade social.

Este cenário foi considerado um *locus* central para se discutir temas caros às teorias sociológica e feminista: autonomização e individualização, parentalidade – maternidade e paternidade – hierarquias de gênero, classe e relativas à orientação sexual, em uma sociedade de impacto crescente da ciência e da tecnologia.

A estratégia de pesquisa previa, originalmente, uma etnografia em hospital público e clínica particular no Brasil, além do acompanhamento dos debates legislativos sobre o tema. Foi realizada uma pesquisa exploratória em um hospital público que não é identificado na tese que não teve continuidade. Em face dessa impossibilidade de realização da pesquisa *in loco*, foi realizada uma pesquisa virtual, em um grupo de discussão sobre infertilidade, por um período de cinco anos.

A pesquisa virtual forneceu um material muito rico para análise e foi um passo importante para se alcançar alguns temas que dificilmente seriam colocados na pesquisa presencial, dado o seu sentido de segredo. Entretanto, o ciberespaço também representou um nível de aleatoriedade uma vez que alguns informantes inicialmente previstos para participar

da pesquisa, acabaram ficando de fora: tanto homens, como pessoas de camadas baixas e de fora da conjugalidade heterossexual. Assim, esta se restringiu a um público de camada média, feminino e heterossexual.

A pesquisa documental, relacionada aos debates e audiências públicas no acervo da Câmara dos projetos legislativos que buscam a regulamentação do tema, foi mantida conforme proposta inicial e não teve novos acréscimos nos últimos anos, uma vez que estes debates se concentraram entre os anos de 1999 e 2001.

A estratégia adotada permitiu a consideração dos conteúdos de normalização da parentalidade, ao mesmo tempo em que viabilizou a percepção sobre como as mulheres diretamente envolvidas com a reprodução assistida vivenciaram estas novas possibilidades e exerceram (ou não) sua autonomia. Neste sentido, priorizamos a multiplicidade de olhares – de mulheres, médicos/as, legisladores/as, especialistas da área jurídica e da bioética e feministas – para compormos um verdadeiro mosaico de vozes e perspectivas que atende à complexidade das questões levantadas. Buscávamos a pluralidade e só foi possível encontrá-la mediante estratégias múltiplas de escuta.

Como as mulheres do grupo virtual incorporaram, construíram e reconstruíram novos sentidos da maternidade e a paternidade? Como essas possibilidades se disseminaram na teia social?

As entrevistadas e informantes tendiam a perceber a ausência de um filho/a biológico/a, mas não necessariamente genético, como profundamente dolorosa. Tal vivência, no entanto, não significava uma posição passiva diante das ofertas tecnológicas disponíveis, ao contrário, havia um ativismo pessoal, revelado na categoria de *tentantes*, na busca e troca de informações e procedimentos, além de uma consideração e reconsideração permanente das 'ofertas' disponíveis. Este ativismo, no entanto, se situava no domínio privado, uma vez que não se buscava organizar um grupo de pressão política para influenciar, por exemplo, os debates em curso no Congresso Nacional ou mesmo as ações do Ministério da Saúde. Algumas mulheres do grupo criaram uma ONG voltada, mais fortemente, para o apoio emocional entre as mulheres do que propriamente para uma plataforma política relacionada a alguma percepção de direito à assistência à reprodução. O grupo virtual em si continha também essa característica marcada de se constituir como uma rede de solidariedade, revelações e troca de experiências sobre os 'tratamentos'.

A produção social de novos significados pôde ser verificada principalmente aliada a uma maternidade que, mesmo calcada na experiência corporal, a *barriga*, não representa um 'destino biológico', mas um indicativo do controle da vida e do controle reprodutivo vivido por longos anos. A maternidade tornou-se um projeto pessoal de auto-realização e conteúdos genéticos (óvulos doados) foram incorporados nesse projeto.

Através dos elementos analisados, constatamos também que o “*idioma do compartilhamento de substância corporal e da genética se dissocia*” (Thompson, 2001:178). A ruptura entre “genética” e “biologia” só foi realizada em relação à transmissão dos conteúdos corporais das mulheres. Quando se tratava de sêmen doado, mantinham-se a importância da transmissão genética, sendo o “apagamento” do outro (doador/a) neste caso dificilmente admitido.

A preocupação dos homens (percebidas através de dados secundários) e dos discursos de legisladores e demais atores sociais no campo, apresentadas na pesquisa, não parece ser a de garantir a filiação ou os direitos dos pais e mães envolvidos em reprodução colaborativa, mas fortalecer uma ordem moral específica, na qual o adultério (mesmo que seja 'tecnológico') não seja possível.

A paternidade apareceu associada a um conteúdo de regulação da sexualidade feminina e de exterioridade. A paternidade, como uma possibilidade de maternagem (ou poderíamos falar paternagem?) não dá a tônica do debate. Ainda assim, também se criaram novas possibilidades de “chamar” esse futuro pai a uma relação mais cotidiana e construída em relação aos cuidados nas camadas médias e altas.

A reprodução colaborativa contribuiu para evidenciar que a maternidade e a paternidade são construídas a partir de elementos diversos: “escolha, manipulação e reconhecimento social” e também que as novas narrativas biográficas esbarram em hierarquias de gênero, sexualidade e classe.

A teoria da modernização reflexiva é uma teoria dos poderes crescentes dos atores sociais ou da atividade social em relação à estrutura, onde imperam novas condições de atividade livre e bem informada. Estes poderes crescentes devem ser analisados em grupo sociais específicos. Ao considerarmos essa pluralidade de atores e atrizes sociais, percebemos que as novas possibilidades são desigualmente incorporadas e distribuídas. Apesar do ineditismo de algumas possibilidades, essas não deixam ser ancoradas em parâmetros prévios que garantem sua significação em uma arena de entendimento comum.

Assim, o campo das novas tecnologias reprodutivas no mundo todo permitiu análises de políticas de reprodução entendidas como as políticas que definem os critérios e as condições de acesso à reprodução, que estabelecem o lugar de cada um na reprodução (homens, mulheres, homossexuais, heterossexuais, pais, mães e filhos) através dos elementos da biologia, da genética, da consangüinidade ou da adoção e que moldam os sentidos do que pode ser assumido como uma família a partir dos padrões de gênero e da heterossexualidade.

As políticas da reprodução também tangenciam os ideais sociais e os valores que devem ser mantidos. Como no dizer de Rapp e Ginsburg, “reprodução, no seu sentido biológico e social, está inextrincavelmente relacionada com a produção da cultura” (1995:2).

Observamos através das teorias discutidas que a maternidade foi construída historicamente como um caminho inevitável e natural das mulheres. A identidade feminina esteve construída em sua vivência como mãe. Essa construção social não foi, como mostrou Badinter (1985), efetuada sem políticas marcadas pela instauração da ordem normativa da família. Médicos e higienistas contribuíram através de um poderoso ideário de sacrifício e devotamento presente como instinto nas mulheres-mães. A paternidade foi eclipsada e à mãe coube assumir as funções afetivas e o envolvimento cotidiano com os filhos. As ideologias do maternalismo contribuíram para reforçar estes lugares de mulheres restritas ao lugar de mães e de pais ausentes da domesticidade.

As teorias feministas foram fundamentais para subverter as hierarquias de gênero e colocaram em xeque o 'destino' biológico das mulheres como mães, cujo contraponto é a ausência paterna dos cuidados com os/as filhos/as.

No entanto, esta pode ser vista como uma parte da história. O controle reprodutivo não representou maior autonomia e liberdade para todas as mulheres e/ou casais. Ideologias neomalthusianas colocaram determinadas maternidades e paternidades como um perigo para a sociedade. O anti-natalismo, persistente desde o século passado, tem resultados mensuráveis nos países pobres: um sem-número de mulheres destituídas, em idade muito jovem, de sua capacidade reprodutiva.

No campo da reprodução assistida, é bem definido o perfil “reprodutivo” das mulheres pobres e a sua falta de opções em um mundo de aparente pluralidade de escolhas e caminhos possíveis. A sua chegada ao consultório médico é resultado de um processo de um controle social sobre o seu corpo e não de um autocontrole conquistado ou de uma forma nova de reflexividade social.

Nos debates se explicitaram temores neomalthusianos sobre estas mães retiradas de qualquer sentido de sacralidade e poder. Além das fantasias sobre a regulação das mulheres pobres, a regulação do corpo e da sexualidade de mulheres que não se enquadram nas categorias tradicionais da conjugalidade heterossexual – lésbicas e solteiras – estavam ali tão visíveis.

Os debates no legislativo foram espaços em que essa ausência de sacralidade era colocada em relação a algumas mulheres. O acesso de solteiras e lésbicas à reprodução dispensando o ato sexual e os homens (que afronta!) gerou fantasias de uma sociedade sem homens, também de uma 'pavorosa' inversão hierárquica.

Se mulheres '*tentantes*' estiveram tão ausentes do debate, mulheres que eram, no geral, de classe média, casadas ou viviam em relações estáveis, a quem os discursos de apelo ao sofrimento dos inférteis eram dirigidos, menos ainda era de se esperar presentes outras mulheres. Sobre estas, no entanto, se falou, abundantemente.

As feministas que se manifestaram no campo da reprodução assistida tenderam a apresentar falas de resistência ao uso das novas tecnologias, temerosas de que se reforçasse a maternidade como destino para todas as mulheres. Questionaram o 'desejo' destas mulheres por filhos, sugerindo que uma maneira de não sofrer as agruras da infertilidade seria não ativar o “desejo”. Deixaram de considerar que a opressão da maternidade não é universal a todas as mulheres e, assim, de considerar especificidades e a pluralidade, tanto da categoria mãe, como da categoria mulher.

Stevens afirmou: “até recentemente a literatura feminista ignorava a mãe: às vezes até a ‘culpava’ pela condição subordinada da mulher” (2007:19). A autora fez uma aposta em nova fase do feminismo, que gostaríamos de reiterar nesta conclusão, em que se comece a “escutar as histórias que as mães têm para contar e a possibilidade de que sejam ressignificadas para que possamos nos livrar de sacralizações e fantasias que nós mulheres naturalizamos por tanto tempo” (2007:25).

Foi importante também a construção de um olhar mais nuançado sobre as novas tecnologias reprodutivas, mas também crítico, que pode evitar se cair em uma posição maniqueísta, apenas calcada no “diga não”. Compartilhamos com Haraway a idéia de que “responsabilizar-se pelas relações sociais da ciência e da tecnologia significa recusar uma metafísica anti-ciência, uma demonologia da tecnologia” procurando (...) “uma maneira de sair do labirinto dos dualismos com os quais explicamos a nós mesmos, nossos corpos e

nossos instrumentos”(1994:283). Nesse sentido, sustentamos que se analisem essas novas responsabilidades no campo da reprodução assistida, com base no marco dos direitos sexuais e reprodutivos. Novas pesquisas e investigações são fundamentais para a consolidação do olhar que supere dualismos.

A materialização de práticas sociais de normalização, controle – mas também subversão – foi identificado através do exame da produção discursiva no campo da reprodução assistida. Foi realizada uma “escuta” de atores e atrizes envolvidos no campo, através da qual podemos concluir que este é um espaço em que se verificam produção e reprodução social.

Por um lado, em relação à maternidade e à paternidade percebemos nas novas disputas de significados, maior agência dos indivíduos e desenvolvimento de estratégias renovadoras, especialmente de mulheres de camadas médias e altas, por outro, há interiorização das estruturas sociais históricas, isto é, reforço de “hierarquias reprodutivas”, pelas quais gênero, orientação sexual e classe social definem o lugar de cada um/a em um “mundo de possibilidades”.

A contribuição das teorias feministas com seu foco nas relações de poder, nas estruturas e hierarquias sociais, sejam elas de gênero, de orientação sexual ou de classe, foi central para essa pesquisa, porque as inovações da tecnociência são desigualmente distribuídas e atribuídas.

Que a maioria dos ‘tratamentos’ seja predominantemente exercido no corpo das mulheres (mesmo nos casos em que são seus maridos diagnosticados como responsáveis por não haver reprodução) é algo que diz muito sobre a nossa cultura: é à mulher que cabe a responsabilidade pela reprodução, é do seu corpo que se espera um “fracasso” ou um “sucesso”, resposta aos ‘tratamentos’ e (re)adequação. Mas não é de todas as mulheres que se esperam resultados, esforços e investimentos para reproduzirem. Algumas são consideradas mais merecedoras, mais compatíveis, em única expressão, moralmente mais adequadas, para serem mães do que outras. Quem são as mulheres e os casais a quem o tratamento se destina? Aquelas e aqueles que “desesperadamente” (na forma como são representados) precisam ter um filho e devem viver sua jornada nessa busca? E quem são aquelas/aqueles a quem o acesso é negado ou restringido?

A tese apresentou um referencial teórico e empírico que permite problematizar essas hierarquias e concluir que a reflexividade social é atributo de um número muito reduzido de

peças na sociedade de risco fabricado. Neste sentido, as estruturas sociais hierárquicas e hegemônicas, com base no heterossexismo, na conjugalidade e no sistema sexo/gênero se mantêm como grandes desafios a serem enfrentados e confrontados na modernidade tardia.

Glossário: Termos e Abreviações do Vocabulário no Campo da Reprodução Assistida

Azoospermia: A azoospermia é definida como ausência de espermatozóides no sêmen causada pela obstrução das vias de saída dos espermatozóides (azoospermia obstrutiva), ou pela ausência de produção ou alteração da emissão (azoospermia não-obstrutiva).

Coito Programado: O coito programado consiste na relação sexual normal em casa, em momentos apontados como mais propícios devido à indicação de ovulação através de ultra-sonografias realizadas no laboratório em curtos intervalos e também, em alguns casos, por uso de medicamentos que induzem a ovulação.

Criopreservação: Método para preservação de pré-embriões e espermatozóides, os mantendo em baixa temperatura (-196°C). As células são protegidas dos danos causados pelo congelamento e posterior aquecimento, por substâncias chamadas crioprotetores.

Diagnóstico Genético Pré-Implantacional (PGD – Preimplantation genetic diagnosis)
: Técnica que permite identificar o sexo do embrião e algumas doenças cromossômicas.

Doação compartilhada de óvulos: Mecanismo pelo qual uma mulher que tem bons óvulos, mas que precisa fazer a FIV faz uma doação para outra paciente e “ganha” de graça o seu próprio tratamento (que é pago pela receptora). Quem normalmente escolhe quais doadoras cederão seus óvulos para que receptoras são os médicos das clínicas.

Doação de Embriões: A transferência de um embrião resultante de um óvulo e um espermatozóide que não se originou da grávida ou de seu parceiro/a.

Endométrio: Tecido presente na parte mais interna do útero, responsável por abrigar o óvulo fecundado. Quando a mulher não engravida, esse tecido de revestimento é eliminado na menstruação.

Endometriose: Presença do endométrio fora do útero, como nos ovários e nas tubas uterinas, mas também pode ser encontrado, de forma menos freqüente, na parede abdominal, no diafragma, nos pulmões, no trato urinário, e em outras regiões.

Fertilização *In Vitro*: A fertilização *in vitro* (FIV), também conhecida como bebê de proveta, é a união do espermatozóide com o óvulo no laboratório, formando o embrião que posteriormente será transferido para cavidade uterina. Existem variantes técnicas da FIV como a ICSI e GIFT.

Folículos: Sacos preenchidos por fluidos existentes no ovário, os quais contêm os ovos liberados quando da ovulação. A cada mês, um ovo se desenvolve dentro do ovário em um folículo.

Gameta: Uma célula reprodutiva. O espermatozóide em homens, o óvulo em mulheres.

Gestação de Substituição Tradicional: Nesta situação, a mulher que cede o útero para a gestação também cede o seu óvulo, que é inseminado com o espermatozóide do homem a

quem a criança será entregue. Sua companheira é considerada a mãe.

Gestação de Substituição: Situação na qual uma mulher que cede seu útero para gestação de um/a filho/a concebido/a pelos gametas (masculino e feminino) de terceiros, a quem a criança deverá ser entregue após o nascimento, assumindo a fornecedora do óvulo a condição de mãe.

Gonadotrofina Coriônica Humana (Human Chorionic Gonadotropin, HCG): O hormônio produzido no início da gravidez que mantém o corpo lúteo produzindo progesterona. Também é usado através de injeção para desencadear a ovulação após alguns tratamentos de fertilidade, sendo utilizado também em homens para estimular a produção de testosterona.

Gonadotrofinas: Hormônios que controlam a função reprodutiva: Hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH).

Histeroscopia: Exame visual do útero, usando um instrumento chamado histeroscópio, que possibilita ao médico olhar dentro do órgão sem fazer uma grande incisão.

Histerossalpingografia (HSG): Raio-X com contraste iodado da cavidade uterina e trompas.

Hormônio folículo-estimulante (Follicle Stimulating Hormone, FSH): Hormônio pituitário que estimula o desenvolvimento folicular e a espermatogênese (desenvolvimento dos espermatozóides). Na mulher, o FSH estimula o crescimento dos folículos ovarianos. No homem, o FSH estimula as células de Sertoli nos testículos e dá suporte à produção de espermatozóides. Níveis elevados de FSH estão associados com insuficiência gonadal tanto em homens quanto em mulheres.

Indução de Ovulação: Tratamento médico realizado para iniciar a ovulação.

Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóides (ICSI – Intracytoplasmic Sperm Injection): É talvez a técnica mais conhecida popularmente, trata da realização de uma fertilização *in vitro* através da inoculação de um espermatozóide no interior de um ovócito, seguida da transferência via vaginal do embrião (pré-embrião) formado.

Inseminação Artificial (Artificial Insemination, AI): A inseminação artificial é o processo de introdução dos espermatozóides diretamente no interior da vagina ou no útero. Geralmente é indicada para casais com infertilidade masculina, como baixo volume de sêmen, baixa concentração ou motilidade diminuída dos espermatozóides. Mas a inseminação artificial também pode ser utilizada para tratar casos de infertilidade feminina, como problemas do muco cervical ou fatores imunológicos.

Inseminação Intra-uterina (IIU): É a inseminação artificial diretamente com a introdução de espermatozóides no útero. A inseminação intra-uterina é indicada em casos em que a infertilidade do casal não possui causa física aparente; ou quando quer se evitar a relação sexual, uma vez que é feito em laboratório; ou em casos onde o sêmen apresenta problemas leves como baixa, mas não muito baixa, quantidade dos espermatozóides; ou, também, em casos em que a ovulação da mulher precisa ser induzida por medicamentos. Técnica antiga e mais simples na qual a fecundação se dá dentro do corpo da mulher. Caso os gametas utilizados na R.A. sejam do próprio casal, chamamos de inseminação *homóloga*; caso um ou ambos os gametas sejam obtidos a partir de doadores anônimos, chamamos de inseminação *heteróloga*.

Laparoscopia: Exame da região pélvica, usando um pequeno telescópio denominado laparoscópico.

Micromanipulação: Uma variedade de técnicas que podem ser realizadas em um laboratório sob microscopia. Um embriologista manipula o ovo e os espermatozóides para aumentar as chances de gravidez (Veja ICSI).

Síndrome da Hiperestimulação Ovariana: Síndrome composta de uma combinação de ampliação ovariana, causada pela formação de cisto e uma mudança aguda de lugar do líquido para fora do espaço intravascular que pode resultar em ascite, hidrotórax ou edema generalizado. Esta síndrome normalmente é encontrada como complicação da indução da ovulação, um tratamento para infertilidade.

Transferência de Embriões: Procedimento através do qual um ou mais embriões são colocados no útero ou no tubo falopiano.

Transferência Intrafalopiana de Gametas (GIFT - Gamete Intrafallopian Transfer): Técnica que consiste na transferência do gameta masculino e feminino diretamente na tuba uterina da mulher.

Transferência Intrafalopiana de Zigoto: Procedimento através do qual o zigoto (um óvulo fertilizado) é transferido para o tubo falopiano.

Transferência Intratubária de Embrião (TV-TEST – Transvaginal Intra-tubal Embryo Stage Transfer): Técnica que transfere por via vaginal um embrião já formado, em estágio pré-nuclear, na altura das tubas uterinas.

Ultra Sonografia (US): É um método diagnóstico que utiliza o eco produzido pelo som para ver em tempo real as reflexões produzidas pelas estruturas e órgãos do organismo.

Varicocele: A varicocele é uma dilatação do conjunto de veias que drenam o sangue utilizado pelos testículos. Essa dilatação é causada por uma inversão na direção do sangue nestas veias, ou seja, o sangue ao invés de subir pelas veias, desce de volta ao testículo. Esse acúmulo de sangue (venoso) usado no testículo causa alterações na produção dos espermatozóides que resultam em uma diminuição na qualidade e na capacidade de fertilização do óvulo.

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, Ingrid. A Família monoparental formada por mães sozinhas por opção através da utilização de técnicas de inseminação artificial no ordenamento jurídico brasileiro. *Revista Eletrônica Virtuajus*. Monografia (Graduação) – Faculdade Mineira de Direito da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Disponível em <http://www.fmd.pucminas.br/Virtuajus/ano2_2/A%20familia%20Parental%20formada%20por%20maes%20sozinhas.pdf>. Acessado em 15/01/2008.

ADELMAN, Miriam. *A voz e a escuta: encontros e desencontros entre a teoria feminista e a sociologia contemporânea*. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

AGACINSKI, Sylviane. *Política dos sexos*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

AGUIAR, Neuma. Para uma revisão das ciências humanas no Brasil desde a perspectiva das mulheres. In AGUIAR, Neuma (Org.) *Gênero e ciências humanas*. Desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Tempos, 1997.

ANDREWS, Lori. *The clone age: adventures in the new world of reproductive technology*. New York: Henry Holt, 2000.

ARENDT, Hannah. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.

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.

_____; Citeli, Maria Teresa. *Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva*. São Paulo: Editora 34, 1998.

ÁVILA, Maria Betânia de Melo et al. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In GALVÃO, Loren & DÍAZ, Juan. *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, Population Council, 1999.

BADINTER, Elizabeth. *Um amor conquistado. O mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1985.

BANDARAGE, Asoka. *Women, population and global crisis. A political-economic analysis*. London & New Jersey: Zed Books, 1998.

BANDEIRA, Lourdes. A Construção da Cidadania Social das Mulheres no Brasil. *Série Sociológica* n° 35. Brasília, 1996.

_____; SIQUEIRA, Deis. A perspectiva feminista no pensamento moderno contemporâneo. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 12, n. 2, p. 263-284, 1997.

BAINHAM, Andrew *et al.* (Org.). *What is a parent? A socio-legal analysis*. Oxford- Portland: Hart Publishing, 1999.

BAUER, Martin e GASKELL, Martin. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2000.

BARBOSA, Rosana. Relações de gênero, infertilidade e novas tecnologias reprodutivas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 212-236, 2000.

_____. *Desejo de filhos e infertilidade: um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil*. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

BEAUVOIR, Simone. *O segundo sexo*. São Paulo: Difusão Européia do Livro, vl 1, 1970a.

_____. *O segundo sexo*. São Paulo: Difusão Européia do Livro, vol. 2, 1970b.

BECKER, Howard. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____, Howard *et al.* *Boys in white: student cultural in medical school*. Chicago: University of Chicago Press, 1961.

BENTO, Berenice; Pelúcio, Larissa. *Desafios e potencialidades da utilização de ambientes virtuais nas Ciências Sociais*. Mimeografado, 2007.

BERGER, Peter. *Perspectivas sociológicas. Uma visão humanística*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1995.

_____; BERGER, Brigitte. O que é uma instituição social? In: FORACCHI, M; MARTINS, J. *Sociologia e sociedade: leituras de introdução à sociologia*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1977.

BERQUÓ, Elza. Brasil, um caso exemplar – anticoncepção e parto cirúrgicos – à espera de uma ação exemplar. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, vol. 1, n. 2, p. 366-381, 1993.

_____. Refletindo sobre as questões populacionais neste final de século. *Novos Estudos*, São Paulo, n. 55, p.71-81, nov. 1999.

_____; CAVENAGHI, Suzana. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução do número médio de filhos por mulher no Brasil. *Novos Estudos*, São Paulo, n. 74, p. 11-15, mar. 2006.

BESSA, Karla. Posições de sujeito: atuações de gênero. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 34-45, 1998.

BLYTH, Eric. Reproductive tourism: a price worth paying for reproductive autonomy? *Critical Social Policy*, v. 25, n. 1, p. 91-114, 2005.

BORDO, Susan. A Feminista como o outro. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 10-29, 2000.

_____. O corpo e a reprodução da feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: BORDO, S; JAGGAR, A. *Gênero, corpo, conhecimento*. São Paulo: Record / Rosa dos Tempos, 1997. p. 19-41.

BOURDIEU, Pierre. *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Ed. Marco Zero, 1983.

_____. *Razões práticas. sobre a teoria da ação*. São Paulo: Ed. Papyrus, 1996.

_____. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRAIDOTTI, Rosa. *Sujetos nômades, corporización y diferencia sexual en la teoría feminista contemporánea*. Barcelona: Paidós, 1994.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 3638/1993.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 2855/1997.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 4665/2001.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 0120/2003.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 1135/2003.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 1184/2003.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 2061/2003.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 4686/2004.

BRASIL. Congresso. [Parecer da advogada e consultora técnica da Coordenação de Biotecnologia em Saúde, Adriana Diaféria sobre o projeto de Lei 4686/04.](#)

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 4555/2004.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 4889/2005.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 5624/2005.

BRASIL. Congresso. Senado. Projeto de Lei 0090/1999.

BRASIL. Congresso. Senado. Comentários preliminares sobre o Projeto de Lei 0090/1999. Disponível em <http://www.ghente.org/doc_juridicos/parecer90.htm>. Acessado em 10/01/2008.

BRASIL. Congresso. Senado. Parecer da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, sobre o Projeto de Lei 0285/1999.

BRASIL. Congresso. Senado. Projeto de Lei 0285/1999.

BRASIL. Congresso. Senado. Projeto de Lei 090/2001.

BRASIL. Congresso. Senado. Pronunciamento do Senador Tião Viana. 08 maio. 2001.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Norma Técnica 1.358/1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica sobre a Regulação da Reprodução Humana Assistida. Brasília, 16 de março de 2004. Disponível em http://www.ghente.org/temas/reproducao/nota_RA.pdf. Acessado em 10/01/2008.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo. A monoparentalidade projetada e o direito do filho à biparentalidade. In: DORA, Denise Dourado; SILVEIRA, Domingos Dresh (Orgs). *Direitos humanos, éticas e direitos reprodutivos*. Porto Alegre: Themis, 1998.

BROOK, Bárbara. *Feminist perspectives on the body*. New York: Longman Publishing Group, 1999.

BURGESS, Robert. *A pesquisa de terreno*. Oeiras: Celta Editora, 1997.

BUTLER, Judith. Variações sobre sexo e gênero: Beauvoir, Wittig e Foucault. In: BENHABIB, S; CORNEEL, D (Org.). *Feminismo como crítica da modernidade: releitura dos pensamentos contemporâneos do ponto de vista da mulher*. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1987. p. 139-154.

_____. Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do pós-modernismo. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 11, p. 12-42, 1988.

_____. *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge, 1990.

_____. *Extracts from gender as performance: an interview with Judith Butler*. Londres: 1993. Disponível em: <http://www.theory.org.uk>

_____. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “Sexo”. In: LOURO, G. (Org.) *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 1999.

_____. O parentesco é sempre tido como heterossexual? *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 21, p. 221-260, 2003.

CASPER, Monica. *The making of the unborn patient: a social anatomy of fetal surgery*. London: Routledge. 1998.

CASTELLS, Manuel. O fim do patriarcalismo: movimentos sociais, família e identidade na Era da Informação. In: _____. *O poder da identidade*. São Paulo: Paz e Terra, 1999. p. 169-279.

CHERIAN-THOMAS, Sara. Americans and Reproductive Tourism. Disponível em [http://www.law.uh.edu/healthlaw/perspectives/2006/\(SC-T\)InfertilityAbroad.pdf](http://www.law.uh.edu/healthlaw/perspectives/2006/(SC-T)InfertilityAbroad.pdf). Acessado em 02/02/2008.

CHODOROW, Nancy. *Psicanálise da maternidade. Uma crítica a Freud a partir da mulher*. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1990.

CLARKE, Adele. *Disciplining reproduction*. Berkeley: University of California Press, 1998.

CLARKE, Patsy. *The internet as a medium for qualitative research*. Proceedings of the 2nd Annual Conference on World-Wide Web Applications, 2000. Disponível em <http://general.rau.ac.za/infosci/conf/Wednesday/Clarke.htm>>. Acessado em 03/04/2007.

COLLIER, Jane et al. Is there a family ? New anthropological views. In: THORNE, Barrie & YALOM, Marilyn. *Rethinking the family*. Some feminist question. Boston: Northeastern University Press, 1992.

COLLINS, Patrícia. *Black feminist thought*. Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment. New York & London: Routledge, 1991.

COLLINS, Patrícia. Black women and motherhood. In: THORNE, Barrie & YALOM, Marilyn. *Rethinking the family*. Some feminist question. Boston: Northeastern University Press, 1992.

COLLUCCI, Claudia. *Quero ser mãe*. Histórias reais de mulheres que engravidaram com a ajuda da Ciência. Ribeirão Preto: Palavra Mágica, 2000.

COREA, Gena. Os riscos da fertilização *in vitro*. In SCAVONE, Lucila (Org.). *Tecnologias Reprodutivas. Gênero e Ciência*. São Paulo: Unesp, 1996.

CORRAL, Thaís. Dilemas do debate populacional. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, vol. 1 no. 2, p. 394-399, 1993.

CORRÊA, Marilena V. As novas tecnologias reprodutivas: uma revolução a ser assimilada. *Revista de Saúde Coletiva PHYSIS*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 69-98, 1997.

_____. Novas tecnologias reprodutivas: bem-vindas reflexões feministas. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 126-137, 1998.

_____; LOYOLA, Maria Andréa. Medicalization of reproduction: New reproductive technologies, images of child and family among a group of women from the city of Rio de Janeiro. *Journal of Social Sciences*, 3:73-87, 1999.

_____; CORRÊA, Marilena V. Novas tecnologias reprodutivas: doação de óvulos. O que pode ser novo nesse campo? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, nº 3, 2000.

_____. *Novas Tecnologias reprodutivas: os limites da Biologia ou uma Biologia sem limites*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

CORRÊA, Marisa. Do feminismo aos estudos de gênero no Brasil: um exemplo pessoal. *Cadernos Pagu*, Campinas, nº 16, p 13-29, 2001.

COSTA, Cláudia Lima. O tráfico do Gênero. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 11, p. 127-240, 1998.

_____. O feminismo e o pós-modernismo/pós-estruturalismo: (in)determinações da identidade nas (entre)linhas do (con)texto. In: GROSSI, Miriam (Org.). *Masculino, feminino, plural: gênero na interdisciplinaridade*. Florianópolis: Mulheres, 1998. p. 57-90.

COSTA, Rosely. *Concepção de filhos, concepções de pai algumas reflexões sobre reprodução e gênero*. Tese (Doutorado) Departamento de Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

_____. De clonagens e de paternidades. As encruzilhadas do gênero. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 11, p. 157-199, 1998.

_____. O que a seleção de doadores de gametas pode nos dizer sobre noções de raça. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2004.

CRICHTON, Susan e KINASH, Shelley. Virtual ethnography: interactive interviewing online as method. *Canadian Journal of Learning and Technology*. Volume 29 (2) Spring / printemps 2003. Disponível em <http://www.cjlt.ca/content/vol29.2/cjlt29-2_art-5.html>. Acessado em 10/05/2007.

CUNHA, Antonio Carlos Rodrigues. *Reflexão bioética na laqueadura tubária em mulheres com desejo de nova gestação*. 2005. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. *Bioética*, Brasília, vol. 7, n. 2, 1999.

_____. Tecnologias reprodutivas, ética e gênero: o debate legislativo brasileiro. *Série Anis*, n. 15, Brasília, 2000.

_____; Buglione, Samantha (Orgs). *Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas? Diferentes Perspectivas do Direito Brasileiro*. Brasília: Letras Livres, 2002.

DORA, Denise Dourado. No Fio da Navalha. In: _____; SILVEIRA, Domingos Dresh (Orgs.). *Direitos humanos, éticas e direitos reprodutivos*. Porto Alegre: Themis, 1998.

DUARTE, Rosália. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. Departamento de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. *Cadernos de Pesquisa* no. 115, São Paulo, março de 2002.

DURKHEIM, Émile. *Sociologia e filosofia*. São Paulo: Ícone, 1994.

ELIAS, Norbert. *Sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1994.

ERIBON, Didier. Os gay and lesbian studies: rumo a uma renovação do pensamento crítico. In: BOURDIEU, P. (Ed.); MICELI, Sergio. (Org.). *Liber 1*, São Paulo: USP, 1997. p. 239-246.

[ETHICS COMITEE REPORT](#), Informing offspring of their conception by gamete donation, *Fertility and Sterility*, Vol. 81, No.3, Março 2004. Disponível em <http://www.asrm.org/Media/Ethics/informing_offspring_donation.pdf>. Acessado em 12/06/07.

FAUSTO-STERLING, Anne. *Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books, 2000.

FERREIRA, Verônica; et al (Orgs). *Feminismo e novas tecnologias reprodutivas*. Brasília: SOS Corpo, 2007.

FLAX, Jane. Pós-modernismo e relações de gênero na teoria feminista. In: HOLLANDA, Heloísa B. *Pós-modernismo e política*. Rio de Janeiro: Rocco, 1991. p.217-250.

FONSECA, Cláudia. *Caminhos da Adoção*. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Apresentação. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 29, p.9-35, 2007.

FONSECA, Décio. *Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/FNUAP, 1993.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

_____. *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

FRANKLIN, Sarah. Postmodern procreation: a cultural account of assisted reproduction. In GINSBURG, Faye; RAPP, Rayna (Eds.). *Conceiving the New World order: the global politics of reproduction*. Berkeley: University of California Press, 1995.

_____. *Embodied progress: a cultural account of assisted reproduction*. London: Routledge, 1997.

FREITAS, Christiana. *Práticas sociais no ciberespaço: novas redes de organização e circulação do conhecimento científico-tecnológico*. Tese (Doutorado). Departamento de Sociologia. Brasília: Universidade de Brasília, 2003.

FRIEDMAN, Beth. *A Mística feminina*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1971.

GARCIA, Marco A. Simone de Beauvoir e a política. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 12, p.109-120, 1999.

GASKELL, Martin BAUER, Martin. Entrevistas individuais e grupais. In: GASKELL, Martin. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2000.

GIDDENS, Anthony. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: Editora UNESP, 1991.

_____. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor, erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: UNESP, 1993.

_____. *O sentido da modernidade: conversas com A. Giddens*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

_____. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

GINSBURG, Faye; RAPP, Rayna (Eds.). *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*. Berkeley: University of California Press, 1995.

GILL, Rosalind. Análise de Discurso. In GASKELL, Martin. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2000.

GOFFMAN, Erving. *Estigma*. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1963.

GOLDANI, Ana Maria. O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdades, restrições e oportunidades demográficas. GALVÃO, Loren & DÍAZ, Juan. *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

GROSSI, Mirian *et al*. Entrevista com Joan Wallach Scott. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 114-124, 1998.

_____. Estudos sobre mulheres ou de gênero? Afinal o que fazemos?: Teorias sociais e paradigmas teóricos. In: SILVA *et al* (Org.). *Falas de gênero: teorias, análises, leituras*. Florianópolis: Mulheres, 1999. p. 329-343.

_____; et al (Orgs). *Novas tecnologias reprodutivas concepitivas: questões e desafios*. Brasília: Letras Livres, 2003

HARAWAY, Donna. Um manifesto para os cyborgs: ciência, tecnologia e feminismo socialista na década de 80. In: HOLLANDA, Heloísa B. (Org.). *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 243-288.

_____. Saberes localizados: a questão da Ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 5, p. 14-27, 1995.

_____. [Modest Witness@Second Millenium](#): *FemaleMan Meets_OncoMouse*. London: Routledge, 1997.

HARDING, Sandra. (Ed.). *Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's lives*. Ithaca: Cornell University Press, 1991.

_____. *The 'racial' economy of science: toward a democratic future*. Bloomington: Indiana University Press, 1993.

HARTMANN, Betsy. *Reproductive rights and wrongs*. The global politics of population control. Boston: South End Press, 1994.

HARTOUNI, Valerie. *Cultural conceptions: on reproductive technologies and the remaking of life*. Minneapolis/London: Minnesota University Press, 1997.

HÉRITIER, Françoise. *Masculino feminino: o pensamento da diferença*. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

HINE, Christine. *Virtual Ethnography*. London: Sage Publication, 2000.

HOLLANDA, Heloísa B. Feminismo em tempos pós-modernos. In: _____ (Org.). *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 7-19.

HOOKS, bell. *Feminist theory. From margin to center*. Cambridge: South End Press Classics, vl 5, 2000.

HURSTEL, Françoise. *As novas fronteiras da paternidade*. Campinas: Papyrus, 1999.

HUXLEY, Aldous. *Admirável mundo novo*. São Paulo: Editora Abril, 1981.

INHORN, Márcia; BALEN, Frank Van. Interpreting infertility: a view from the Social Sciences. In: _____. *Infertility around the globe: new thinking on childlessness, gender and reproductive technologies*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press, 2002.

IRIGARAY, Luce. A questão do outro. *Labrys: estudos feministas*, n. 1-2, jul/dez. 2002.

KAHN, Susan, 2000. *Reproducing Jews: a cultural account of assisted conception in Israel*. Durham: Duke University Press, 2000.

KAPLAN, E. Ann; SQUIER, Susan. *Playing dolly: technocultural formations, fantasies and fictions of assisted reproduction*. London: Routledge, 1999.

KOSTRZEWA, Kate. *The legalization of surgical sterilization in Brazil: democratizing access or controlling the bodies of poor women*. 1998. Trabalho apresentado ao Meeting of the Latin American Studies Association, Chicago, 24-26 sep. 1998. Mimeografado.

KRISTEVA, Julia e CLÉMENT, Catherine. *O feminino e o sagrado*. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

LAURETIS, Teresa. A Tecnologia do Gênero. In: *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 206-242.

_____. Uma descida aos infernos. *Revista Labrys. Estudos Feminista*. N 3, jan-julho 2003.

Disponível em <http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys3/web/bras/delauretis1.htm>, Acessado em 09/02/2004.

LASCH, Christopher. *A mulher e a vida cotidiana: amor, casamento e feminismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

LEIBLUM, S.R et all. Non-traditional mothers: single heterosexual/lesbian women and lesbian couples electing motherhood via donor insemination. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*, 16, 11-20, 1995.

LEITE, Eduardo Moreira. *Famílias monoparentais: a situação jurídica de pais e mães solteiros, de pais e mães separados na ruptura da vida conjugal*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1997.

LEWIN, Ellen. On the Outside Looking In: the Politics of Lesbian Motherhood. In: GINSBURG, Faye; RAPP, Rayna (Eds). *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*. Berkeley: University of California Press, 1995.

LIPOVETSKY, Gilles. *A terceira mulher: permanência e revolução do feminino*. São Paulo: Cia. das Letras, 2000.

LOURO, Guacira Lopes. *Gênero, sexualidade e educação*. Petrópolis: Vozes, 1997.

LUNA, Naara. Maternidade desnaturada: uma análise da barriga de aluguel e da doação de óvulos. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 19, p. 233-278, 2002 .

_____. *Provetas e clones: teorias da concepção, pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas*. 2004. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004a.

_____. Novas Tecnologias Reprodutivas: Natureza e Cultura em Redefinição. *Campos – Revista de Antropologia Social*. UFPR. n 5(2):127-156, 2004b.

_____. Natureza humana criada em laboratório: biologização e genetização do parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, v.12, n.2, p. 395-417, mai/ago, 2005.

_____. *Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007a.

_____. Células-tronco: pesquisa básica em saúde, da ética à panacéia. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 23, 2007b.

MACHADO, Lia. Feminismo, Academia e Interdisciplinaridade. In: _____. *Uma Questão de Gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992. p. 24-28.

_____. Estudos de gênero: para além do jogo entre intelectuais e feministas. In: Schpun, M. (Org.). *Gênero sem fronteira: oito olhares sobre mulheres e relações de gênero*. Florianópolis: Mulheres, 1997. p. 93-139.

_____. Gênero, um novo paradigma? *Cadernos Pagu*, Campinas, n.1, p. 107-125, 1998.

MACHADO, Roberto. Introdução: por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

MARX, Karl. O Manifesto Comunista. In: _____.; Engels, Friedrich. *Obras Escolhidas*. Volume 1. São Paulo: Editora Alfa-Ômega, s.d.

MAY, Tim. *Pesquisa Social*. Questões, métodos e processos. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

MELLO NETO, Luiz. Família no Brasil dos Anos 90: um Estudo sobre a Construção da Conjugalidade Homossexual. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 1999.

MENDES, Christine. Mães substitutas e a determinação da maternidade: implicações da reprodução mediamente assistida na fertilização *in vitro* heteróloga. *Boletim Jurídico*. Edição n. 180, maio de 2006.

MIELI, Paola. Verde: notas sobre as implicações atuais da reprodução assistida. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 156-169, 1998.

MORAES, Maria Lygia. Introdução. *Cadernos Pagu*, Campinas, n 16, p 8-12, 2001.

MOTTA, Maria A. *Mães abandonadas*. A entrega de um filho em adoção. São Paulo: Cortez, 2005.

MULKAY, Michael. *The embryo research debate: science and the politics of reproduction*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

NICHOLSON, Linda & SEIDMAN, Steven. *Social Postmodernism. Beyond identity politics*. New York: Cambridge University Press, 1996.

OLIVEIRA, Deborah e Jr. BORGES, Edson. *Reprodução assistida: até onde podemos chegar?* Compreendendo a ética e a lei. São Paulo: Editora Gaia, 2000.

OLIVEIRA, Fátima. Nossos genes nos pertencem: Bioética, feminismo e violência genética. *Proposta*, n. 84/85, mar/ago. 2000.

_____. As novas tecnologias reprodutivas conceptivas a serviço da materialização de desejos sexistas, racistas e eugênicos? *Bioética*, v. 9, n. 2, pág. 99-112, 2001.

OLIVEIRA, Luiz R. Cardoso de. Pesquisas em vs. pesquisas com seres humanos. *Série antropologia*, Brasília, vol. 336, p. 2-16, 2003.

OLIVEIRA, Maria Liz; PINHEIRO, Josué. *Comitês de ética em pesquisa*. 1999. Monografia de Conclusão de Curso (Especialização em Bioética) – Universidade de Brasília, Brasília, 1999.

ORTNER, Sherry B. *Making Gender: the politics and erotics of culture*. Boston: Beacon Press, 1996.

PESAVENTO, Sandra J. Em busca de uma outra história: imaginando o imaginário. *Representações*, São Paulo, v. 15, n. 29, p. 9-29, 1995.

PARSONS, Talcott e BALES, Robert F. *Family: Socialization and interaction process*. Grã-Bretanha: Free Press, 1969.

PFEFFER, Naomi. *The stork and the syringe: a political history of reproductive medicine*. Oxford: Policy Press, 1993.

PETCHESKY, Rosalind. Introdução. In: PETCHESKY, Rosalind e JUDD, Karen. *Negociando direitos reprodutivos: perspectivas das mulheres em diferentes países e culturas*. Recife: SOS Corpo. Instituto Feminista para a Democracia, 2005..

PISCITELLI, Adriana. Ambivalência sobre os conceitos de sexo e gênero na produção de algumas teóricas feministas. In: AGUIAR, Neuma (Orgs.). *Gênero e Ciências Humanas: desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres*. Rio de Janeiro: Record / Rosa dos Tempos, 1997. p. 49-66.

_____. Nas Fronteiras do natural. Gênero e parentesco. *Estudos Feministas*. Rio de Janeiro: Vol. 6 n. 2, p. 305-321, 1998.

PRADO, Danda. *O que é Família*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1981.

RAGO, Margareth. Descobrimos historicamente o gênero. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 11, p. 89-98, 1998.

QUEIROZ, ARRYANNE. Novas tecnologias reprodutivas: uma oferta de possibilidades contraditórias para as mulheres. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, no. 1, pp. 239-241, 2002.

RAGONE, Helena. Maternidade substituta. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 73-107, jan/abr. 2004.

RAMIREZ - GALVEZ, Marta. *Novas tecnologias conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro*. 2004. Tese (Doutorado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Campinas, Campinas, 2004.

RAPP, Rayna. *Testing women, testing the fetus*. London: Routledge, 1999.

RIBEIRO, Diaulas. O Ministério Público e o Controle Externo dos Procedimentos de Reprodução Medicamente Assistida. <http://www.ghente.org/temas/reproducao/ministerio.htm>, sd.

RIBEIRO, Walesca Viana et al . Ovo recepção: perfil das pacientes em lista de espera no programa do Hospital Regional da Asa Sul, Brasília, Distrito Federal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, 2007.

RICH, Adrienne. *Of woman born. Motherhood as experience and institution*. New York & London: W.W. Norton & Company, 1986.

RODRIGUES, Denise. *Socorro! Quero ser mãe! Por que justo eu não consigo engravidar?* São Paulo: Editora Fundação Peirópolis, 1999.

ROWLEY, Hazel. *Simone de Beauvoir e Jean-Paul Sartre. Tête-à-tête*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2006.

SALEM, Tânia. O casal igualitário: princípios e impasses. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, nº 9, vol. 3, 1989.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SARTI, Cíntia. Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 16, p 31-48, 2001.

SCAVONE, Lucila. *Tecnologias reprodutivas. Gênero e ciência*. São Paulo: Unesp, 1996.

_____. *Dar e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais*. São Paulo: Unesp, 2004.

SCHWARTZMAN, Simon. As Ciências Sociais nos anos 90. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n.16, ano 6, 1991.

SCOTT, Joan. Prefácio a Gender and Politics of History. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 3, p. 11-27, 1994.

_____. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

_____. Entrevista com Joan Scott. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 114-124, 1998.

_____. Igualdade versus diferença: os usos da teoria pós-estruturalista. In: LAMAS, Marta (Org.). *Cidadania e feminismo*. São Paulo: Melhoramentos, 1999. p. 203-222.

_____. Experiência. In: SILVA *et al* (Org.). *Falas de gênero: teorias, análises, leituras*. Florianópolis: Mulheres, 1999b. p.21-55.

SIMMEL, Georg. *Filosofia do amor*. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1993.

_____. Breve incursão pela sociologia do segredo. *Revista Política e Trabalho*. [Parafba: 15 - Setembro / 1999](#) - pp. 217-220.

SIMÕES, Celso Cardos da Silva. A transição da fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas. São Paulo: Arbeit Factory Editora e Comunicação, 2006.

SORJ, Bila. *Novo paradigma feminista ou sociologia das teorias feministas*. Trabalho apresentado ao Encontro da ANPOCS, 21, 1997, Caxambu. Mimeo.

_____. O Feminismo na encruzilhada da modernidade e pós-modernidade. In: COSTA, A.; BRUSCHINI, C. *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos / São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992. p. 15-23.

STEVENS, Cristina. Maternidade e feminismo: diálogos na literatura contemporânea. In: _____. *Maternidade e feminismo*. Diálogos Interdisciplinares. Florianópolis & Santa Cruz do Sul: Ed. Mulheres e Edunis, 2007.

STOLCKE, Verena. El sexo de la biotecnología. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.139-155, 1998.

STRATHERN, Marilyn. *Post-Modern Procreation: Kinship in the Context of New Reproductive Technologies*. Manchester: Manchester University Press, 1991.

_____. Necessidade de pais, necessidade de mães. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 303-329, 1995.

SULLEROT, Evelyne. *A mulher no futuro*. Rio de Janeiro: Companhia Editora Forense, 1965.

SWAIN, Tânia Navarro. Feminismo e lesbianismo: a identidade em questão. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 12, p.109-120, 1999.

_____. Você Disse Imaginário? In: _____. (Org.). *História no Plural*. Brasília: UnB, 2007a. p. 43-67. S.D.

_____. Meu corpo é um útero? Reflexões sobre procriação e maternidade. In: STEVENS, Cristina. *Maternidade e feminismo*. Diálogos Interdisciplinares. Florianópolis & Santa Cruz do Sul: Ed. Mulheres e Edunis, 2007b.

TAMANINI, Marlene. *Novas tecnologias reprodutivas à luz da Bioética e das teorias de gênero: casais e médicos/as no Sul do Brasil*. 2003. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

THÉBAUD, Françoise. A política natalista da França no século XX: uma coação física? In MATOS, Maria Izilda S.de & SOIHET, Rachel. *O corpo feminino em debate*. São Paulo: Editora UNESP, 2003.

THORNE, Barrie & YALOM, Marilyn. *Rethinking the family*. Some feminist question. Boston: Northeastern University Press, 1992.

THOMPSON, Charis. Strategic naturalizing: kinship in an infertility clinic. In: FRANKLIN, Sara e MCKINNON, Susan. *Relative values: reconfiguring kinship studies*. Durham & London: Duke University Press, 2001.

_____. *Making parents*. The ontological choreography of reproductive technologies. Cambridge & London: The MIT Press, 2005.

THURLER, Ana Liési. Outros horizontes para a paternidade brasileira no século XXI? *Sociedade e Estado*, Brasília, vol. 21 n. 3, pág. 683-709, 2006.

VARGAS, Eliane Portes. 'Casais inférteis': usos e valores do desejo de filhos entre casais de camadas médias do Rio de Janeiro. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

_____. *Gênero e infertilidade na ótica feminina*. In: BARBOSA, Regina et al (Org). Interfaces. Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva. Campinas, SP: Editora Unicamp, 2002.

VARIKAS, Eleni. Gênero, experiência e subjetividade. *Cadernos Pagu*, Campinas, n.3, p.63-84, 1994.

VAYENA E, Rowe P, GRIFFIN PD (Eds.) *Current practices and controversies in assisted reproduction: report of a WHO meeting*. Geneva, World Health Organization, 2002.

VELHO, Gilberto. *Individualismo e cultura. notas para uma Antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1987.

VENTURA, Miriam. *Direitos reprodutivos no Brasil*. São Paulo: Câmara Brasileira de Livro, 2004.

VENTURI, Gustavo & RECAMÁN, Marisol. As mulheres brasileiras no início do século XXI. In: RAGO, Margareth et al. *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

VIANNA, Adriana, R. B.; LACERDA, Paula. *Direitos e políticas sexuais no Brasil: o panorama atual*. Rio de Janeiro: Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos, 2004.

VIANNA, Adriana R. B.; LACERDA, Paula. *Direitos e políticas sexuais no Brasil: Mapeamento e Diagnóstico*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.

VICTORA, Cesar G.. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 4, n. 1, 2001.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, 2007.

VIEIRA, Fernanda Bittencourt. *Verso e reverso das mudanças nas famílias de camadas médias no DF*. 1998. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 1998.

WALLACE, Ruth A; WOLF, Alison. *Contemporary sociological theory: expanding the classical tradition*. New Jersey: Prentice Hall, 2005.

WESTON, Kath. *Families we choose*. Lesbians, gays, kinship. New York: Columbia University Press, 1991.

WHO. Assisted reproduction in developing countries facing up to the issues. *Progress in Reproductive Health Research*. No 63, UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP), 2003.

WHO/ UNICEF. Revised 1990 estimate of maternal mortality: a new approach by WHO and UNICEF. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v. 1, n. 6, 1997 .

Anexo 1. Jornais e Revistas Consultados

CORREIO BRAZILIENSE. Fertilização *in Vitro*. A turma dos quatro parabéns. Brasília, 12 de fevereiro de 2001.

CORREIO BRAZILIENSE. Maternidade adiada. Hospital Regional da Asa Sul está desde abril sem receber medicamentos usados na fertilização *in vitro*. Sem esperança, mulheres pensam cada vez mais em doar óvulos para receber o tratamento gratuito nas clínicas particulares. Brasília, 25 de julho de 2002.

FOLHA DE SÃO PAULO, Letras jurídicas, Walter Ceneviva. Homens e machos. 8 de agosto de 1998.

FOLHA DE SÃO PAULO, Leis. Lei garante a filho de doador de sêmen saber quem é o pai. 25 de julho de 1999.

FOLHA DE SÃO PAULO. A posição da igreja. 10 de março de 2002.

FOLHA DE SÃO PAULO, Saúde, Cláudia Collucci. Serviços vetam inférteis "maduras". Por causa da grande procura, ambulatórios públicos não atendem mulheres acima de 35 anos. 20 de junho de 2002.

FOLHA DE SÃO PAULO, Foco nela, Kátia Ferraz. Infertilidade não é motivo de vergonha. 20 de junho de 2002.

FOLHA DE SÃO PAULO, Letras jurídicas, Walter Ceneviva. Reprodução assistida chegou ao código. 07 de fevereiro de 2004.

FOLHA DE SÃO PAULO, Thiago Guimarães. Pai de criança gerada no útero da avó não consegue registrar nascimento. 04 de junho de 2004.

FOLHA DE SÃO PAULO. Para ONGs, novela reforça preconceito a mulher infértil. São Paulo, 16 de fevereiro de 2005.

FOLHA DE SÃO PAULO. No ventre da tia. Bebê é gerado pela cunhada da mãe. 08 de maio de 2005.

FOLHA DE SÃO PAULO, Cláudia Collucci. Embrião congelado por 8 anos produz bebê. O paulista Vinicius Dorte, de seis meses, veio de um embrião que seria candidato à destruição pela Lei de Biossegurança. 12 de junho de 2005.

FOLHA DE SÃO PAULO, Cláudia Collucci. Brasil vira rota do turismo reprodutivo. Baixo custo e uso de técnicas vetadas no exterior atraem estrangeiros que não conseguem ter filhos. 12 de junho de 2005.

FOLHA DE SÃO PAULO, Esterilização. Cirurgias pelo SUS crescem 347% em 4 anos. Governo quer aumentar em 50% o número de serviços credenciados para laqueadura e vasectomia até 2007. 20 de junho de 2005.

FOLHA DE SÃO PAULO, Esterilização, Cláudia Collucci. Desinformação leva à laqueadura precoce. Estudo da UnB mostra que brasileiras, sem saber das conseqüências, passam pela cirurgia na faixa dos 20 anos. 20 de junho de 2005.

FOLHA DE SÃO PAULO. Mulheres dizem que cederiam os óvulos de novo. São Paulo, 12 de fevereiro de 2006.

FOLHA DE SÃO PAULO, Escambo Reprodutivo, Cláudia Collucci. Clínicas médicas trocam óvulo por check-up. Medida é considerada antiética pelo Conselho Federal de Medicina; estabelecimentos pagam até R\$ 1.500. 12 de fevereiro de 2006.

FOLHA DE SÃO PAULO, Escambo Reprodutivo. Comércio de óvulos é ilegal, dizem juízes. Para especialistas, a doação de qualquer parte do corpo humano não pode estar vinculada a pagamento. 12 de fevereiro de 2006.

FOLHA DE SÃO PAULO, Escambo Reprodutivo. Doação compartilhada divide os médicos. Procedimento, que é considerado ilícito, é única chance de maternidade para parte das mulheres. 12 de fevereiro de 2006.

FOLHA DE SÃO PAULO. Insumo para pesquisa vai acabar, diz bióloga, 31 de maio de 2008.

FOLHA DE SÃO PAULO. CNPq descarta explosão no uso de embriões no Brasil. "Dois ou três" grupos têm condições de derivar linhagens celulares, diz presidente. 31 de maio de 2008.

FOLHA DE SÃO PAULO, Saúde/gravidez, Márcio Pinho; Cláudia Collucci. Pesquisa liga proteína a sucesso em fertilização. Estudo realizado no HC será usado para tentar aumentar chances na gravidez. 09 de março de 2008.

FOLHA DE SÃO PAULO, Johanna Nublat. Clínica não descarta células preservadas por temor de problemas com a Justiça. 09 de março de 2008.

FOLHA DE SÃO PAULO. Gravidez improvável tem a ver com emoção, dizem médicos. Especialistas em reprodução têm poucas evidências sobre causas de gestação espontânea após filhos de proveta. "Condenadas" pela medicina ou após anos de tratamento de fertilização, mulheres se surpreendem ao conseguir gerar filhos naturalmente. São Paulo, 11 de maio de 2008.

FOLHA DE SÃO PAULO. Clínica não descarta células preservadas por temor de problemas com a Justiça. São Paulo, 10 de março de 2008.

JORNAL DE BRASÍLIA. Ela queria ser mãe: está em coma. Brasília, 11 de julho de 2002.

JORNAL DO BRASIL. Mães depois dos 40. Novas técnicas facilitam a gravidez em mulheres mais velhas. Rio de Janeiro, 27 de abril de 2002.

JORNAL DO COMERCIO. Brasileira compra óvulos por US\$ 5 mil. Recife, 10 março de 1999

REVISTA ÉPOCA. Uma alerta aos casais: entrevista com Margareth Arilha, psicóloga do Conselho Nacional de CCR. Rio de Janeiro, 20 de julho de 1998.

REVISTA ÉPOCA. Filhos na pobreza. Rio de Janeiro, 21 de fevereiro de 2000.

REVISTA ÉPOCA. Artigo raro na praça: falta de doadores obriga mulheres brasileiras a importar esperma dos Estados Unidos. Rio de Janeiro, ed. 220, 06 de agosto de 2002.

REVISTA VEJA. Precisa-se de reprodutores. Atenção, homens de 18 a 40 anos: os bancos de sêmen brasileiros estão à procura de doadores. São Paulo, ed. 1 705, 20 de julho de 2001.

Anexo 2. Web Sites, Blogs e outros Conteúdos Virtuais Consultados

ASSESSORIA DE IMPRENSA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde lança política nacional que amplia acesso ao planejamento familiar. Divulgado do site do Ministério da Saúde em 22/03/2005. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=13728>.

BBC NEWS. Surrogate mother pushes for adoption. London, 12 de agosto de 2001. Disponível em <<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/1485494.stm>>.

CGI. Pesquisa sobre o Uso das Tecnologias da Informação e da Comunicação no Brasil 2006. Comitê Gestor da Internet no Brasil. Disponível em <www.cgi.br>.

COLLUCCI, Claudia. *Quero ser mãe*. Blog UOL, sobre questões relacionadas às alternativas para contornar a infertilidade. Disponível em <<http://claudiacollucci.blog.uol.com.br/>>.

GHENTE.ORG, entrevista no site. Por Karla Bernardo. Gravidez de Substituição: uma mágica história real. Decisão inédita em Minas Gerais permite gravidez de substituição entre mulheres sem vínculo familiar. Acessado em 15/08/2005. Disponível em <http://www.ghente.org/entrevistas/entrevista_gravidezsubst.htm>

IBGE. www.ibge.gov.br

REGISTRO LATINO AMERICANO DE Reproducción ASISTIDA. Relatório 2003 – 2004. Disponível em <www.redlara.org>. Acessado em 07/08/2006.

Anexo 3. Número de Centros e Ciclos Iniciados por País

TABLA 3 NÚMERO DE CENTROS Y DE CICLOS INICIADOS POR PAÍS (2003 - 2004)

| | 2003 | | 2004 | |
|----------------------|------------|----------------|------------|----------------|
| | CENTROS | PROCEDIMIENTOS | CENTROS | PROCEDIMIENTOS |
| ARGENTINA | 19 | 4,126 | 21 | 5,083 |
| BOLIVIA | 1 | 59 | - | - |
| BRASIL | 48 | 9,917 | 55 | 10,804 |
| COLOMBIA | 8 | 887 | 9 | 1,102 |
| CHILE | 8 | 1,203 | 7 | 1,201 |
| ECUADOR | 3 | 167 | 3 | 177 |
| GUATEMALA | 1 | 27 | 1 | 30 |
| MÉXICO | 20 | 3,057 | 22 | 3,797 |
| PERÚ | 1 | 445 | 2 | 1,047 |
| REPÚBLICA DOMINICANA | 1 | 42 | - | - |
| URUGUAY | 1 | 179 | 2 | 429 |
| VENEZUELA | 6 | 925 | 6 | 918 |
| TOTAL | 117 | 21,034 | 128 | 24,588 |

Un listado de todos los centros participantes está disponible en el *Apéndice B - tabla 1*.

Fonte: 1990 - 2004 / 15 Años del Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida. Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, Reporte 2003-2004.

Anexo 4. Novo Código Civil 2002

Código Civil - CC - L-010.406-2002

Parte Especial

Livro IV

Do Direito de Família

Título I

Do Direito Pessoal

Subtítulo II

Das Relações de Parentesco

Capítulo II

Da Filiação

Artigo 1.593 O parentesco é natural ou civil, conforme resulte de consangüinidade ou outra origem.

Art. 1.596. Os filhos, havidos ou não da relação de casamento, ou por adoção, terão os mesmos direitos e qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação.

Art. 1.597. Presumem-se concebidos na constância do casamento os filhos:

I - nascidos cento e oitenta dias, pelo menos, depois de estabelecida a convivência conjugal;

II - nascidos nos trezentos dias subsequentes à dissolução da sociedade conjugal, por morte, separação judicial, nulidade e anulação do casamento;

III - havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido;

IV - havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial homóloga;

V - havidos por inseminação artificial heteróloga, desde que tenha prévia autorização do marido.

Art. 1.603. A filiação prova-se pela certidão do termo de nascimento registrada no Registro Civil.

Anexo 5. Resolução do CFM nº 1.358/92

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e CONSIDERANDO a importância da infertilidade humana como um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de superá-la; CONSIDERANDO que o avanço do conhecimento científico já permite solucionar vários dos casos de infertilidade humana;

CONSIDERANDO que as técnicas de Reprodução Assistida têm possibilitado a procriação em diversas circunstâncias em que isto não era possível pelos procedimentos tradicionais; CONSIDERANDO a necessidade de harmonizar o uso destas técnicas com os princípios da ética médica;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido na Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 11 de novembro de 1992;

RESOLVE:

Art. 1º - Adotar as **NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA**, anexas à presente Resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

São Paulo-SP, 11 de novembro de 1992.

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ

Presidente

HERCULES SIDNEI PIRES LIBERAL

Secretário-Geral

Publicada no D.O.U dia 19.11.92-Seção I Página 16053.

NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

I - PRINCÍPIOS GERAIS

1 - As técnicas de Reprodução Assistida (RA) têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana, facilitando o processo de procriação quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes para a solução da situação atual de infertilidade.

2 - As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade efetiva de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para a paciente ou o possível descendente.

3 - O consentimento informado será obrigatório e extensivo aos pacientes inférteis e doadores. Os aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, assim como os resultados já obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de consentimento informado será em formulário especial, e estará completo com a concordância, por escrito, da paciente ou do casal infértil.

4 - As técnicas de RA não devem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças ligadas ao sexo do filho que venha a nascer.

5 - É proibido a fecundação de oócitos humanos, com qualquer outra finalidade que não seja a procriação humana.

6 - O número ideal de oócitos e pré-embriões a serem transferidos para a receptora não deve ser superior a quatro, com o intuito de não aumentar os riscos já existentes de multiparidade.

7 - Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária.

II - USUÁRIOS DAS TÉCNICAS DE RA

1 - Toda mulher, capaz nos termos da lei, que tenha solicitado e cuja indicação não se afaste dos limites desta Resolução, pode ser receptora das técnicas de RA, desde que tenha concordado de maneira livre e consciente em documento de consentimento informado.

2 - Estando casada ou em união estável, será necessária a aprovação do cônjuge ou do companheiro, após processo semelhante de consentimento informado.

III - REFERENTE ÀS CLÍNICAS, CENTROS OU SERVIÇOS QUE APLICAM TÉCNICAS DE RA

As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infecto-contagiosas, coleta, manuseio, conservação, distribuição e transferência de material biológico humano para a usuária de técnicas de RA, devendo apresentar como requisitos mínimos:

1 - um responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados, que será, obrigatoriamente, um médico.

2 - um registro permanente (obtido através de informações observadas ou relatadas por fonte competente) das gestações, nascimentos e mal-formações de fetos ou recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e pré-embriões.

3 - um registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o material biológico humano que será transferido aos usuários das técnicas de RA, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças.

IV - DOAÇÃO DE GAMETAS OU PRÉ-EMBRIÕES

1 - A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial.

2 - Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.

3 - Obrigatoriamente será mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e pré-embriões, assim como dos receptores. Em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador.

4 - As clínicas, centros ou serviços que empregam a doação devem manter, de forma permanente, um registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores.

5 - Na região de localização da unidade, o registro das gestações evitará que um doador tenha produzido mais que 2 (duas) gestações, de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes.

6 - A escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade. Dentro do possível deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.

7 - Não será permitido ao médico responsável pelas clínicas, unidades ou serviços, nem aos integrantes da equipe multidisciplinar que nelas prestam serviços, participarem como doadores nos programas de RA.

V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU PRÉ-EMBRIÕES

1 - As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozóides, óvulos e pré-embriões.

2 - O número total de pré-embriões produzidos em laboratório será comunicado aos pacientes, para que se decida quantos pré-embriões serão transferidos a fresco, devendo o excedente ser criopreservado, não podendo ser descartado ou destruído.

3 - No momento da criopreservação, os cônjuges ou companheiros devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino que será dado aos pré-embriões criopreservados, em caso de divórcio, doenças graves ou de falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.

VI - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE PRÉ-EMBRIÕES

As técnicas de RA também podem ser utilizadas na preservação e tratamento de doenças genéticas ou hereditárias, quando perfeitamente indicadas e com suficientes garantias de diagnóstico e terapêutica.

1 - Toda intervenção sobre pré-embriões "*in vitro*", com fins diagnósticos, não poderá ter outra finalidade que a avaliação de sua viabilidade ou detecção de doenças hereditárias, sendo obrigatório o consentimento informado do casal.

2 - Toda intervenção com fins terapêuticos, sobre pré-embriões "*in vitro*", não terá outra finalidade que tratar uma doença ou impedir sua transmissão, com garantias reais de sucesso, sendo obrigatório o consentimento informado do casal.

3 - O tempo máximo de desenvolvimento de pré-embriões "*in vitro*" será de 14 dias.

VII - SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (DOAÇÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)

As Clínicas, Centros ou Serviços de Reprodução Humana podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contra-indique a gestação na doadora genética.

1 - As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, em um parentesco até o segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.

2 - A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.

Anexo 6. Documentos Necessários para a Análise de Projeto de Pesquisa

1. Folha de rosto devidamente preenchida Sim
2. Projeto de pesquisa em português Sim
3. Planilha de orçamento Sim
4. Termo de consentimento livre e esclarecido Sim
5. Documento de aprovação do Comitê de Ética Sim Não se aplica
no país de origem ou justificativa (casos de pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira)
6. Informação pré-clínica - brochura do pesquisador (pesquisas com novos fármacos, vacinas e testes diagnósticos) Sim Não se Aplica
7. Currículo resumido do pesquisador principal e demais pesquisadores Sim
8. Requerimento para parecer Sim

Obs. Todos os documentos devem ser entregues em duas vias.

Título do projeto:

Nº de registro no CEP:

Responsável pelo recebimento:

Matrícula:

Data de entrada:

Anexo 7. Parecer e Resposta ao Primeiro Parecer

XXXXXXXXXX, 26 de outubro de 2001.

Número do Processo: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Data de Apresentação XXXXXX: 17/09/2001 Data
de Encaminhamento à relatora: 16/10/2001

Devolvo o processo ao XXXXXXXXX para que os seguintes questionamentos sejam respondidos antes que se possa dar um parecer definitivo:

1- Os 3 objetivos gerais estão redigidos de forma confusa, não permitindo a compreensão exata do que a pesquisadora efetivamente quer alcançar.

2- No objetivo número 1, a pesquisadora pretende entrevistar famílias que já frequentaram serviços de Reprodução Humana e hoje têm filhos, ajudadas por técnicas de reprodução assistida? Este é o significado de "famílias provenientes de NTR"?

3- Sendo assim, entrevistará famílias que já têm filhos e famílias que estão em busca dessas novas técnicas reprodutivas?

4- No objetivo geral número 2, como a pesquisadora pretende utilizar o paradigma teórico "feminista pós-estruturalista" na sua discussão teórica, este deve ser melhor explicitado no projeto, para que se tenha uma visão mais clara do que o trabalho realmente quer discutir.

5- Quanto ao objetivo geral número 3, a pesquisadora pretende acompanhar pessoalmente os debates que estão ocorrendo no legislativo e os correlacionará com os resultados das entrevistas? Ou correlacionará os projetos escritos com as entrevistas? De que forma "tornará visíveis" as discussões realizadas na esfera pública?

6- Quanto ao objetivo específico, refere que tecerá comparações entre pacientes do serviço público e privado, e no texto diz que provavelmente pertencem a classes sócio- econômicas distintas: baixa ou média- baixa e classe alta ou média, respectivamente (pág.8). Dessa forma, fará questionários específicos sobre o poder aquisitivo dessas famílias? Ou inferirá que as que procuram o serviço público são de classe baixa ou média- baixa?

7 - A pesquisadora não deixa claro se serão, no mínimo, 15 famílias entrevistadas em cada grupo ou se este é o número total, somando- se os serviços de Reprodução Humana público e privado. O projeto sugere ser o "n" total e este me parece um número demasiado reduzido para se estabelecer um perfil das usuárias de técnicas reprodutivas.

8- Por observação participante não fica claro se a pesquisadora estará presente a consulta clínica e exame da paciente, ou se conversará com ela apenas na sala de espera, visto que, como a pesquisadora coloca em seu projeto, essa observação consiste em uma participação da rotina do hospital. No caso da clínica privada, participará também dos procedimentos técnicos?

9- Por entrevistas semi-diretivas, a pesquisadora esclarece que consistem na estimulação aos entrevistados a falarem livremente podendo, em dado momento então, "serem conduzidos de forma sutil". Sendo assim, não há perguntas pré-estabelecidas.

A função primordial da Comissão de Ética em Pesquisa em Seres Humanos é proteger os sujeitos da pesquisa. E a área de Reprodução Humana é particularmente sensível pois, além da saúde física, lida com uma série de emoções, sensações e fragilidades do homem. Mais ainda, convive com apreensões e esperanças, conflitos e dilemas nas inter-relações ações pessoais, familiares e conjugais. Sendo assim, é necessário que se conheça as linhas mestras da entrevista que a pesquisadora pretende seguir, bem como os objetivos e métodos da pesquisa que deverão ser muito claros, antes que se possa avaliar o projeto apresentado do ponto de vista ético.

Este é a minha avaliação, salvo melhor juízo.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Comitê de Ética em Pesquisa XXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

1.

Brasília, 26 de novembro de 2001.

Número do Processo:

Data da Apresentação: 17/09/2001

Data de Encaminhamento à relatora: 16/10/2001

Escrevo essas linhas com o intuito de prestar alguns esclarecimentos e, principalmente, de estabelecer um diálogo que julgo necessário e produtivo com este Conselho de Ética.

Confesso que fiquei verdadeiramente surpresa com o parecer do Conselho ao questionar os objetivos da minha pesquisa. A minha expectativa era de que o Conselho julgasse eticamente o meu projeto, em relação à questão: existe algum prejuízo para pessoas envolvidas em pesquisas de caráter sociológico, nas quais lhes é solicitado falar sobre sua visão de mundo? Se a função do Conselho é proteger os sujeitos de pesquisa e as pesquisas de caráter sociológico não apresentam qualquer caráter invasivo ou obrigatório, em que medida estariam sendo prejudicados os indivíduos ao serem entrevistados e observados em procedimentos de rotina em um hospital? A Sociologia não teria muito a contribuir ao fornecer descrições e análises em instituições sociais fechadas, como em hospitais, escolas? Ou a sua interdição é socialmente válida?

Outrossim, informo a seguinte condição do meu projeto de pesquisa:

1) Este projeto apresentado é um resumo⁸⁰ do meu Exame de Qualificação para o Doutorado, do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UnB. Neste exame, fui avaliada por uma banca de três Doutoradas, professoras da UnB, reconhecidamente competentes e todas recomendaram fortemente a pesquisa e o projeto.

2) Em segunda instância, o projeto foi avaliado por mais três pareceristas no CNPq, os quais igualmente aprovaram e recomendaram fortemente a pesquisa e seus objetivos, concedendo para esta pesquisadora uma bolsa de “Doutorado Sanduíche” para estudar e pesquisar durante um ano na Universidade de Harvard, nos Estados Unidos.

3) Nos Estados Unidos, o mesmo projeto, foi aprovado pela orientadora, professora Doutora Charis Thompson, do departamento de História da Ciência da Universidade de Harvard, assim como por seus colegas do mesmo departamento, os quais endossaram o convite daquela professora para que eu pesquise e estude durante um ano sob sua orientação.

Neste sentido, não restam dúvidas de que o projeto já foi devidamente avaliado, na comunidade científica, por pares competentes e legitimados das Ciências Sociais. Caberia ao conselho de ética julgar o mérito do projeto? Algumas questões formuladas não dizem respeito sequer à pesquisa no hospital, como, por exemplo: “a pesquisadora pretende acompanhar pessoalmente os debates que estão ocorrendo no legislativo e os correlacionará com os resultados das entrevistas? Ou correlacionará os projetos escritos com as entrevistas?” e, ainda, “de que forma “tornará visíveis” as discussões realizadas na esfera pública?”. Serão esses os questionamentos em um Conselho de Ética? Caso sejam esses, como ser julgado o mérito de uma pesquisa por um não-especialista, ou seja, uma pessoa que não domina o ethos daquela prática científica específica? Ou estaríamos diante de uma outra demanda, na qual pudessem ser discutidas implicações éticas de pesquisas determinadas para os sujeitos de pesquisa, sendo assim, não seria necessária a visão do especialista enquanto tal?

Em relação aos pontos destacados e, após as considerações acima, informo que:

⁸⁰ Achei conveniente fazer esse resumo, considerando que determinadas discussões teóricas específicas não precisariam ser colocadas, como este enorme debate nas ciências humanas sobre a dicotomia natureza-cultura ou o debate feminista nas ciências sociais, etc.

O objetivo da pesquisa é pensar “o significado da parentalidade a partir do impacto das novas tecnologias na vida privada” (p.4). Ou seja, quais relações familiares se configuram com a interferência das novas tecnologias reprodutivas? Como as pessoas envolvidas⁸¹ percebem essa interferência? Como a sociedade a regulamenta? A partir dessas perguntas essenciais pretende-se desenvolver uma discussão teórica, ancorada nas premissas do feminismo pós-estruturalista (segue, em anexo, projeto na íntegra, no qual são colocadas as premissas do feminismo pós-estruturalista), sobre a dicotomia natureza-cultura. Como foi construída simbolicamente? E como intervenções técnicas no que é tido como natural desconstroem e ressignificam as noções do que é da natureza e do que é da cultura?

Para pensar essas questões teóricas é necessário traçar um perfil das famílias usuárias, das quais se delineará o chamado “perfil sociográfico” (em anexo), no qual constam dados gerais como escolaridade, renda mensal, religião, idade, origem social e natureza da união. Quem são os usuários e as usuárias? É a pergunta que antecede à “O que pensam sobre os recursos médico-científicos para contornar a infertilidade?”; “Aceitam até que ponto ou recusam até que ponto? Qual o limite para eles? Até onde se propõem a ir para ter um filho biológico?”.

A pesquisa qualitativa, por sua vez, não tem fins de generalização, mas de aprofundamento em crenças, visões de mundo, valores, nesse sentido, não precisa ser representativa. Embora a entrevista não esteja pré-determinada existe uma intenção, qual seja, pedir que a pessoa faça um histórico da sua experiência em relação à infertilidade, como descobriu, como reagiu ao saber da dificuldade de ter filhos, quais as expectativas, quem do casal está mais interessado no tratamento, se já pensaram ou não em adotar e por que, por quais procedimentos médicos já passou e até onde pretende ir, se procuraria ou não serviços para dar continuidade ao tratamento, etc.

A idéia é entrevistar 15 famílias no e continuar a pesquisa no..., onde são realizados os procedimentos das Novas Tecnologias Reprodutivas, como a FIV. Assim, as entrevistas no ... seriam um panorama geral para entrar na especificidade das famílias que vão (ou não) até as últimas conseqüências, nas tentativas de “bebês de proveta”.

As observações podem se realizar na sala de espera ou no consultório, a critério do que o médico responsável pelo setor julgar mais conveniente. Elas têm por fim perceber o envolvimento dos casais com o tratamento, suas expectativas, além de permitirem dar margem a novos questionamentos. Uma pesquisa sociológica (principalmente qualitativa, mas quantitativa também) nunca está completamente fechada quando se inicia, há noções, intenções, mas a própria pesquisa deve trazer à tona questões impensadas, daí a importância maior das observações e das entrevistas semi-diretivas. Esse caráter aberto da pesquisa, principalmente se não houve nenhum contato prévio com o campo, pode dar margem a dúvidas; por outro lado, insisto que é fundamental tal flexibilidade nesse tipo de pesquisa. Assim, em relação aos entrevistados, por exemplo, não é possível delimitar exatamente se serão feitas as entrevistas apenas com os casais que estão em tratamento ou também com aqueles que já finalizaram. Isso só vai poder ser definido claramente no decorrer da pesquisa. Por fim, gostaria de tecer considerações a respeito da interdição às pesquisas das ciências sociais em hospitais. Acredito que é necessária uma reflexão sobre como os Conselhos de Ética atuam especificamente em tais pesquisas, que não são invasivas, sempre resguardam o sigilo dos informantes e respeitam seu desejo de participar ou não da pesquisa. Porque o que está acontecendo na prática, e eu não sou a única pessoa que passou por isso, é uma burocratização excessiva que chega a inviabilizar nossas pesquisas. Veja bem, há vários

⁸¹ As pessoas envolvidas privilegiadas serão tanto aquelas que estão em tratamento, quanto aquelas que já passaram pelo processo, se houver possibilidade de acesso às mesmas.

meses eu estou tentando começá-la, é provável que eu tenha mais facilidade para desenvolvê-la nos Estados Unidos do que no Brasil, sendo que, desde o início, era muito importante, para mim, fazer essa pesquisa aqui. Sou financiada por uma agência de fomento de pesquisas brasileira, acredito que devo isso ao meu país, é preciso dar um retorno desse investimento, retorno esse que nunca uma pesquisa realizada apenas fora do país vai trazer. Será, para mim, uma verdadeiramente uma derrota pessoal não conseguir realizá-la aqui, sabendo que o país carece dessa reflexão, carece desse tipo de pesquisa. Mas eu tenho prazo para fazê-lo, não posso ficar durante meses esperando pareceres, ou pior, esperando que alguém venha me afirmar que ficou faltando o documento tal e, portanto, só no próximo mês, e depois no próximo mês, eu possa iniciar a pesquisa. Já se foram quase cinco meses nesse processo (desde os primeiros contatos até hoje). Cinco meses valiosos perdidos!

Essa carta não deve ser vista como algo pessoal. Acho que estamos todos nós no mesmo processo de ter que lidar com novas questões. Os próprios Conselhos são muito recentes, também vão amadurecer algumas discussões, e uma das mais prementes pra quem está do lado de cá, do lado dos pesquisadores das ciências sociais, é pensar quais serão as relações entre tais conselhos e as pesquisas na área das ciências humanas de modo geral. Desde a década de 30, com os primeiros estudos urbanos, as instituições “fechadas”(hospitais, escolas, presídios) têm sido alvo de estudos muito importantes, pesquisas que contribuem significativamente para a reflexividade das práticas médicas e científicas, só para citar um exemplo, pensemos em Becker e sua pesquisa sobre a cultura médica “Boys in White: Student Cultural in Medical School”⁸²; ele realizou pesquisas intensivas por meses a fio, participando da rotina dos estudantes no hospital, na década de 1960 . Será a função de um Conselho de Ética desestimular tais pesquisas? Será que vamos retroceder a uma relação de pouca transparência com as instituições fechadas? Em nome de que e de quem?

Obrigada pela atenção,

Fernanda

Bittencourt Vieira

⁸² Becker, Howard at all. *Boys in White: Student Cultural in Medical School*. Chicago: University of Chicago Press, 1961.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXX Comitê de Ética em Pesquisa

XX
XXXXXX

À Sra. Fernanda Bittencourt Vieira,

Tendo em vista o encaminhamento feito por V.S.a em resposta aos pedidos de esclarecimento deste CEP e na qualidade de Coordenadora do mesmo, esclareço:

As pesquisas em seres humanos no Brasil estão subordinadas à Resolução CNS 196/96 e complementares (todas disponíveis na Secretaria do CEP-FM). Estas - que deveriam ser consultadas previamente por todos os interessados em pesquisa - estabelecem, com força de lei, todas as diretrizes a serem seguidas pelos pesquisadores e pelos Comitês de Ética em Pesquisa, que tem a função precípua de defender os sujeitos da pesquisa (item II.14 da R-CNS196/96).

11.14 - Comitês de Ética em Pesquisa-CEP - colegiados interdisciplinares e independentes, com "munus público", de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Diz ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde:

"O CEP institucional deverá revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Terá também papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração."

Diante das colocações feitas por V.S.a cabe informá-la ainda dos seguintes itens da citada resolução:

11.2 - Pesquisa envolvendo seres humanos - pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.(grifo nosso)

11.8 - Risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.(grifo nosso)

11.9 - Dano associado ou decorrente da pesquisa - agravo imediato ou tardio, ao indivíduo ou à coletividade, com nexos causal comprovado, direto ou indireto, decorrente do estudo científico.

11.15 - Vulnerabilidade - refere-se a estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido. (grifo nosso)

3. Estabelece ainda o que é "Protocolo de Pesquisa" e o papel dos CEPs:

VI - PROTOCOLO DE PESQUISA

O protocolo a ser submetido à revisão ética somente poderá ser apreciado se estiver instruído com os seguintes documentos, em português:

VI.1 - folha de rosto: título do projeto, nome, número da carteira de identidade, CPF, telefone e endereço para correspondência do pesquisador responsável e do patrocinador, nome e assinaturas dos dirigentes da instituição e/ou organização;

VI.2 - descrição da pesquisa, compreendendo os seguintes itens:
descrição dos propósitos e das hipóteses a serem testadas;

antecedentes científicos e dados que justifiquem a pesquisa. Se o propósito for testar um novo produto ou dispositivo para a saúde, de procedência estrangeira ou não, deverá ser indicada a situação atual de registro junto a agências regulatórias do país de origem;

c) descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa (material e métodos, casuística, resultados esperados e bibliografia);
análise crítica de riscos e benefícios;
duração total da pesquisa, a partir da aprovação;
explicitação das responsabilidades do pesquisador, da instituição, do promotor e do patrocinador;

explicitação de critérios para suspender ou encerrar a pesquisa;
local da pesquisa: detalhar as instalações dos serviços, centros, comunidades e instituições nas quais se processarão as várias etapas da pesquisa;

i) demonstrativo da existência de infra-estrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa e para atender eventuais problemas dela resultantes, com a concordância documentada da instituição;

j) orçamento financeiro detalhado da pesquisa: recursos, fontes e destinação, bem como a forma e o valor da remuneração do pesquisador;

l) explicitação de acordo preexistente quanto à propriedade das informações geradas, demonstrando a inexistência de qualquer cláusula restritiva quanto à divulgação pública dos resultados, a menos que se trate de caso de obtenção de patenteamento; neste caso, os resultados devem se tornar públicos, tão logo se encerre a etapa de patenteamento;

m) declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não; e

n) declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados. VI.3 - informações relativas ao sujeito da pesquisa:

a) descrever as características da população a estudar: tamanho, faixa etária, sexo, cor (classificação do IBGE), estado geral de saúde, classes e grupos sociais, etc. Explicar as razões para a utilização de grupos vulneráveis;

descrever os métodos que afetem diretamente os sujeitos da pesquisa;

identificar as fontes de material de pesquisa, tais como espécimens, registros e dados a serem obtidos de seres humanos. Indicar se esse material será obtido especificamente para os propósitos da pesquisa ou se será usado para outros fins;

d) descrever os planos para o recrutamento de indivíduos e os procedimentos a serem seguidos.

Fornecer critérios de inclusão e exclusão;

e) apresentar o formulário ou termo de consentimento, específico para a pesquisa, para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, incluindo informações sobre as circunstâncias sob as quais o consentimento será obtido, quem irá tratar de obtê-lo e a natureza da informação a ser fornecida aos sujeitos da pesquisa;

f) descrever qualquer risco, avaliando sua possibilidade e gravidade;

g) descrever as medidas para proteção ou minimização de qualquer risco eventual. Quando apropriado, descrever as medidas para assegurar os necessários cuidados à saúde, no caso de danos aos indivíduos. Descrever também os procedimentos para monitoramento da coleta de dados para prover a segurança dos indivíduos, incluindo as medidas de proteção à confidencialidade; e

h) apresentar previsão de ressarcimento de gastos aos sujeitos da pesquisa. A importância referente não poderá ser de tal monta que possa interferir na autonomia da decisão do indivíduo ou responsável de participar ou não da pesquisa.

VI.4 - qualificação dos pesquisadores: "Curriculum vitae" do pesquisador responsável e dos demais participantes.

VI.5 - termo de compromisso do pesquisador responsável e da instituição de cumprir os termos desta Resolução.

VII - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

VII.1 - As instituições nas quais se realizem pesquisas envolvendo seres humanos deverão constituir um ou mais de um Comitê de Ética em Pesquisa- CEP, conforme suas necessidades.

VII.2 - Na impossibilidade de se constituir CEP, a instituição ou o pesquisador responsável deverá submeter o projeto à apreciação do CEP de outra instituição, preferencialmente dentre os indicados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEPIMS).

VII.3 - Organização - A organização e criação do CEP será da competência da instituição, respeitadas as normas desta Resolução, assim como o provimento de condições adequadas para o seu funcionamento.

VII.4 - Composição - O CEP deverá ser constituído por colegiado com número não inferior a 7 (sete) membros. Sua constituição deverá incluir a participação de profissionais da área de saúde, das ciências exatas, sociais e humanas, incluindo, por exemplo, juristas, teólogos, sociólogos, filósofos, bioeticistas e, pelo menos, um membro da sociedade representando os usuários da instituição. Poderá variar na sua composição, dependendo das especificidades da instituição e das linhas de pesquisa a serem analisadas.

VII.5 - Terá sempre caráter multi e transdisciplinar, não devendo haver mais que metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional, participando pessoas dos dois sexos. Poderá ainda contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

VII.6 - No caso de pesquisas em grupos vulneráveis, comunidades e coletividades, deverá ser convidado um representante, como membro "ad hoc" do CEP, para participar da análise do projeto específico.

VII.7 - Nas pesquisas em população indígena deverá participar um consultor familiarizado com os costumes e tradições da comunidade.

VII.8 - Os membros do CEP deverão se isentar de tomada de decisão, quando diretamente envolvidos na pesquisa em análise.

VII.9 - Mandato e escolha dos membros - A composição de cada CEP deverá ser definida a critério da instituição, sendo pelo menos metade dos membros com experiência em pesquisa, eleitos pelos seus pares. A escolha da coordenação de cada Comitê deverá ser feita pelos membros que compõem o colegiado, durante a primeira reunião de trabalho. Será de três anos a duração do mandato, sendo permitida recondução.

VII.10 - Remuneração - Os membros do CEP não poderão ser remunerados no desempenho desta tarefa, sendo recomendável, porém, que sejam dispensados nos horários de trabalho do Comitê das outras obrigações nas instituições às quais prestam serviço, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação.

VII.11 - Arquivo - O CEP deverá manter em arquivo o projeto, o protocolo e os relatórios correspondentes, por 5 (cinco) anos após o encerramento do estudo.

VII.12 - Liberdade de trabalho - Os membros dos CEPs deverão ter total independência na tomada das decisões no exercício das suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas. Deste modo, não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados em determinada pesquisa, devem isentar-se de envolvimento financeiro e não devem estar submetidos a conflito de interesse.(grifo nosso)

VII.13 -Atribuições do CEP:

a) revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas;

b) emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, identificando com clareza o ensaio, documentos estudados e data de revisão. A revisão de cada protocolo culminará com seu enquadramento em uma das seguintes categorias:

aprovado;

com pendência: quando o Comitê considera o protocolo como aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou solicita uma modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em 60 (sessenta) dias pelos pesquisadores;

retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;

não aprovado; e

aprovado e encaminhado, com o devido parecer, para apreciação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa -CONEPIMS, nos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c.

c) manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios anuais dos pesquisadores;

desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;

f) receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, adequar o termo de consentimento. Considera-se como anti-ética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou;

g) requerer instauração de sindicância à direção da instituição em caso de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas e, em havendo comprovação, comunicar à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEPIMS e, no que couber, a outras instâncias; e

h) manter comunicação regular e permanente com a CONEPIMS.

VII.14 -Atuação do CEP:

a) A revisão ética de toda e qualquer proposta de pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada da sua análise científica. Pesquisa que não se faça acompanhar do respectivo protocolo não deve ser analisada pelo Comitê.(grifo nosso)

A própria CONEP estabeleceu áreas temáticas especiais, dentre as quais "Reprodução Humana", cujos projetos de pesquisa deverão lhe ser remetidos para apreciação, pelo CEP de origem, com o protocolo completo, folha de rosto e parecer consubstanciado. A R-CNS-303/2000 estabelece que "sujeitos de pesquisa" são todos aqueles que forem afetados pelos procedimentos da mesma.

O CEP-FM é, conforme manda a lei, multidisciplinar [composto originalmente por sete médicos(as), uma odontóloga, um estatístico, uma enfermeira, uma antropóloga, um sociólogo, uma bióloga, uma psicóloga e uma bibliotecária] e segue rigorosamente as determinações da R-CNS-196/96 e complementares.

Todos os projetos que chegarem a esta Coordenadoria com um prazo mínimo de uma semana antes da data da reunião (sempre na última quarta-feira de cada mês, o que é de conhecimento público), serão analisados no mesmo mês em que forem encaminhados. A rapidez de tramitação, evidentemente, dependerá de um projeto bem apresentado, que atenda

a todos os requisitos já especificados, e do interesse e da resposta do pesquisador aos esclarecimentos necessários solicitados. A linha de conduta seguida por todos os membros do CEP- FM é a de procurar ajudar os pesquisadores, esclarecendo dúvidas e orientando no que for preciso.

Da mesma forma, este CEP nunca aceitou e nem aceitará pressões de qualquer ordem.

Como bem definido no item VII. 14, não se pode dissociar o aspecto ético de um projeto de sua análise científica. A resolução é clara e bem detalhada.

Talvez, por ser leiga no assunto, V.S.a não tenha noção da situação de extrema vulnerabilidade que esses casais apresentam e considere que uma simples entrevista será inóqua. Os professores doutores do Departamento de Sociologia da UnB e do Departamento de História da Ciência da Universidade de Harvard e os pareceristas do CNPq não têm as atribuições e responsabilidades legais dos Comitês de Ética em Pesquisa no Brasil e nem os conhecimentos específicos.

Sugerimos que V.S.a, caso não se sinta à vontade para que seu projeto seja avaliado pelo CEP-FM, o encaminhe a outro Comitê de Ética em Pesquisa. De qualquer modo, a relatora de seu projeto no CEP-FM é professora da Área de Ginecologia e Obstetrícia da FM/UnB e autora de livro sobre "Reprodução Humana" e, certamente, poderá lhe orientar a respeito.

10.Caso seja do seu interesse manter o encaminhamento ao CEP-FM, solicitamos um pronunciamento claro nesse sentido para que possamos retornar o projeto à relatora.

Em 07 de dezembro de 2001

XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX

Anexo 8. Parecer e Resposta ao Segundo Parecer

PARECER CONSUBSTANCIADO

I- IDENTIFICAÇÃO

Protocolo de Pesquisa: XXXX

Título do Projeto: Representações Sociais e Novas Tecnologias Reprodutivas no Brasil.

Área de conhecimento: Ciências Humanas - Sociologia, Código 7.02

Pesquisadora responsável: Professora de Sociologia.

Instituição da pesquisa: XXXX

Data de entrada 110 CEP: 15 de junho de 2004.

II-SUMÁRIO

A autora do projeto relata que as descobertas científico-tecnológicas tomaram cada vez mais viável a interferência no processo reprodutivo e no material genético humano, trazendo à tona questões que são alvo dos estudos sociológicos, preocupados em compreender processos de mudança social.

Descreve que com as Novas Tecnologias Reprodutivas - NTRs, os laços familiares podem ser firmados sobre outras bases, deixando de ser o vínculo biológico necessariamente o elo entre pais-mães e filhos. E surgem outras possibilidades de construção do significado de parentalidade.

Diz a pesquisadora que com a as NTRs a formação triangular das famílias altera de forma significativa, abre-se margem a formação de famílias de mães e pais solteiros e casais homossexuais, gerando tensões.

Conclui, dizendo que o estudo irá analisar como os atores sociais absorvem e vivenciam estas mudanças, as famílias envolvidas no tratamento, a equipe médica e as instâncias de regulação social, principalmente relativa ao debate legislativo.

III - OBJETIVOS

Delinear as representações sobre as famílias provenientes de NTRs a partir do seu próprio discurso (entrevistas qualitativas) e dos médicos.

. Identificar as discussões sobre a regulamentação na esfera pública (no Legislativo, principalmente) sobre a regulamentação das NTRs, focando principalmente nos valores familiares. Tais debates evidenciarão os ideais morais (as representações sociais da sociedade brasileira relativa à NTRs).

Objetivo específico: Delinear o perfil das/os usuárias/os das NTRs em XXXXXXXX nos serviços público e privado.

IV - METODOLOGIA

O Projeto baseia-se na corrente teórico-metodológica das representações sociais que tem por fim último compreender 'ideais' morais presentes na sociedade. Compreenderá estudos de caráter etnográfico com famílias usuárias de Novas Tecnologias Reprodutivas, tanto quanto o levantamento das representações sociais sobre as mesmas, tal como são expostas principalmente na fala da equipe médica e nos debates públicos.

A pesquisa abrangerá o acompanhamento do debate legislativo sobre as NTRs, pesquisas em pelo menos, duas clínicas de Reprodução Assistida em XXX, XXXX e em uma Clínica particular, com levantamento de dados nos prontuários dos pacientes, observação participante e entrevistas semi-diretivas com famílias usuárias e a equipe médica envolvida no tratamento, durante aproximadamente 3 meses.

Critério de inclusão: dependerá tão-somente da disponibilidade dos sujeitos de pesquisa, usuários de NTRs, em fornecerem as entrevistas, com duração média prevista de duas horas.

V - COMENTÁRIOS COM BASE NA RESOLUÇÃO 196/96 E COMPLEMENTARES.

1. Trata-se de um estudo sociológico de interesse para a saúde pública por envolver as técnicas de reprodução assistida, contribuindo para maior visibilidade do assunto ..
2. Fazem parte do Projeto de Pesquisa:
 - Folha de rosto preenchida corretamente; Requerimento para parecer do *CBP*; *Curriculum vitae* da pesquisadora e orientadora; Planilha de orçamento;
 - Referências bibliográficas
3. Merecem revisão ou complementação os seguintes itens:
 - . Termo de compromisso da Clínica particular. Não consta .
 - . TCLE. Traz a informação seguinte: 'Este estudo não envolve a aplicação de qualquer tipo de medicamento', não precisa constar, não é objeto de estudo. Por outro lado, é importante constar os benefícios que o estudo poderá trazer, bem como, do modelo de TCLE a ser aplicado aos médicos.
 - . O Projeto descreve pouco sobre a população do estudo, menciona no corpo do trabalho 15 famílias de usuários e na folha de rosto indicam 300 sujeitos, 60 no centro.
 - . Sobre as entrevistas, mesmo sendo semi-diretivas, parece-nos importante abordar a linha mestra que irá orientá-las .
 - . Cronograma de execução do estudo. Há informações isoladas no corpo do projeto que dá a noção de um cronograma. Mas, parece-nos necessário sistematiza-las, demonstrando as etapas.
 - . Finalizando, indagaríamos se nesse curto período haveria perspectiva de debate legislativo sobre o tema para ser objeto de acompanhamento do Projeto, uma vez que, de acordo com a pesquisa, apenas três projetos estão em tramitação no Congresso Nacional que datam de 1993, 1997 e 1999?

proposto pelo Senado Federal) e as representações sobre a infertilidade e a reprodução assistida desenvolvidas nos mesmos.

Para quaisquer outros esclarecimentos, coloco-me a sua inteira disposição. Lembrando que há alguma urgência para o trabalho ser desenvolvido em período hábil. Agradeço antecipadamente a atenção e colaboração.

Fernanda Bittencourt Vieira
Socióloga/Doutoranda Unb-Harvard

Anexo 9. Termo de Compromisso

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Termo de Compromisso

Pesquisas sociológicas vêm, nos últimos dez anos, se debruçando sobre os impactos sociais das Novas Tecnologias Reprodutivas nas sociedades modernas, focando especialmente, sobre o seu impacto nas mulheres, nas relações de gênero e nas relações parentais.

A Doutoranda em Sociologia da Universidade de Brasília possui experiência prévia de pesquisa na área, desenvolvida sob orientação da professora Charis Thompson, da Universidade de Harvard, nos Estados Unidos. A pesquisadora intenta se somar à rede de pesquisadores e pesquisadoras da área de humanas que se dedicam a pensar as inovações sociais apresentadas com a interferência tecnológica – até pouco tempo desconhecidas ou até mesmo impensáveis – em processos de reprodução humana.

Para tanto, requer autorização da equipe do Hospital para realizar coleta de dados (pesquisa documental, observação e entrevistas junto aos pacientes deste serviço e junto a sua própria equipe profissional) neste Hospital, um dos poucos no país a oferecer o serviço gratuitamente.

Esclarece que as entrevistas têm caráter sigiloso, e que não é permitida, seguindo a ética sociológica, a identificação das pessoas envolvidas. Caso sejam mencionadas falas das entrevistas, as mesmas serão reproduzidas anonimamente (com um nome falso, como se costuma utilizar com frequência) na tese.

Outrossim, esclarecendo que os nomes dos profissionais da equipe de saúde, assim como o do Hospital, não serão identificados na tese.

Por fim, a autora compromete-se a disponibilizar uma cópia da tese para uso da Equipe do Hospital.

Atenciosamente,

Dra. Lourdes Maria Bandeira e Fernanda Bittencourt Vieira

Anexo 10. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Representações de Famílias Usuárias de Novas Tecnologias Reprodutivas

Responsável: Fernanda Bittencourt Vieira

Na condição de paciente da XXXXXXXXXXXX, você está sendo convidado(a) a participar de um estudo a ser coordenado pelo Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília (UnB) financiado – via bolsa de estudos fornecida ao pesquisador responsável – pelo CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

Sua participação não é obrigatória, o que significa que se você não quiser participar, ou, ainda, se quiser interromper sua participação, sua decisão não afetará a qualidade dos serviços que vem recebendo. Caso aceite participar, você deverá assinar o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*. As seguintes informações lhe darão uma visão do assunto e lhe mostrarão, de forma resumida, a natureza do estudo.

O objetivo do estudo é compreender crenças e valores relacionados ao uso das chamadas novas tecnologias de reprodução. Entender o seu envolvimento e motivações com o tratamento é, em suma, o objetivo desta pesquisa. Este objetivo será alcançado mediante entrevistas de, aproximadamente, duas horas, gravadas, em local e horário que lhe forem convenientes e mediante a observação participante desta pesquisadora no hospital, ou seja, a presença da mesma na rotina do setor de reprodução humana. As fitas gravadas serão transcritas e armazenadas em local privado e seguro.

O estudo terá a duração de, aproximadamente, três meses – a contar a partir da data de aprovação pelo *Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos*. Os seus direitos como paciente estão assegurados e qualquer informação colhida sobre você será inteiramente confidencial. Ao assinar este termo você estará concordando com que os dados sejam trabalhados através de procedimentos exclusivamente científicos. Com a sua assinatura no *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* você estará confirmando ter recebido uma cópia destas *Informações ao Paciente*. Caso você tenha qualquer dúvida, em qualquer momento, não hesite em contactar a pesquisadora responsável para esclarecimentos.

Através dos resultados deste estudo, pretende-se lançar uma nova luz à compreensão dos usos diversos da Reprodução Assistida no país e contribuir para o debate a respeito da sua regulação.

Data: _____

Nome do Paciente: _____

Assinatura do Paciente: _____

Contatos:

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Tel: XXXXXXXXX

Pesquisadora: Fernanda Bittencourt Vieira Tel: XXXXXXXXX

Anexo 11. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Representações de Famílias Usuárias de Novas Tecnologias Reprodutivas

Responsável: Fernanda Bittencourt Vieira

Na condição de profissional da XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, você está sendo convidado(a) a participar de um estudo a ser coordenado pelo Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília (UnB) financiado – via bolsa de estudos fornecida ao pesquisador responsável – pelo CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

Sua participação não é obrigatória, o que significa que se você não quiser participar, ou, ainda, se quiser interromper sua participação, você deve se sentir à vontade para fazê-lo. Caso aceite participar, você deverá assinar o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*. As seguintes informações lhe darão uma visão do assunto e lhe mostrarão, de forma resumida, a natureza do estudo.

O objetivo do estudo é compreender crenças e valores relacionados ao uso das chamadas novas tecnologias de reprodução. Entender os procedimentos utilizados no tratamento é, em suma, o objetivo desta entrevista. Este objetivo será alcançado mediante entrevistas de, aproximadamente, duas horas, gravadas, em local e horário que lhe forem convenientes e mediante a observação participante desta pesquisadora no hospital, ou seja, a presença da mesma na rotina do setor de reprodução humana. As fitas gravadas serão transcritas e armazenadas em local privado e seguro.

O estudo terá a duração de, aproximadamente, três meses – a contar a partir da data de aprovação pelo *Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos*. Os seus direitos como profissional do setor estão assegurados e qualquer informação colhida sobre você será inteiramente confidencial. Ao assinar este termo você estará concordando com que os dados sejam trabalhados através de procedimentos exclusivamente científicos. Com a sua assinatura no *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* você estará confirmando ter recebido uma cópia destas *Informações ao Profissional*. Caso você tenha qualquer dúvida, em qualquer momento, não hesite em contactar a pesquisadora responsável para esclarecimentos.

Data: _____

Nome do Profissional: _____

Assinatura do Profissional: _____

Contatos:

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Tel: XXXXXX

Pesquisadora: Fernanda Bittencourt Vieira

Tel: XXXXXX

Anexo 12. Termo de Concordância

O Diretor do serviço de saúde do XXXXXXXXXX está de acordo com a realização, neste Serviço, da pesquisa, após aprovação pelo Comitê de Ética.

O estudo envolve realização de levantamento de dados nos prontuários observação, entrevistas com pacientes e servidores do XXXXX. Tem duração de três meses, com previsão de início para o mês de junho de 2004.

Brasília, 02/06/2004.

Assinatura e carimbo do Diretor (Chefe):

Assinatura da Pesquisadora Responsável:

Anexo 13. Roteiro de Entrevista aplicada às participantes do Grupo de Discussão Virtual sobre Infertilidade.

Meu nome é Fernanda Bittencourt Vieira. Estou escrevendo uma tese de Doutorado (UnB) de sociologia comparada sobre a Reprodução assistida no Brasil e nos Estados Unidos. Morei e fiz pesquisa lá em 2002, ano em que "descobri" o grupo. No ano passado, cheguei a mandar uma mensagem para o grupo falando sobre a minha tese e sobre o interesse de vocês em participarem, mas obtive um retorno baixo. Portanto, resolvi escrever-lhes individualmente perguntando novamente sobre a sua possível participação.

A tese procura refletir especialmente sobre os impactos sociais das Novas Tecnologias Reprodutivas e, para tanto, seria imprescindível a sua participação, fornecendo depoimentos, experiências e opiniões sobre alguns temas relacionados às FIV/ICSI, como a questão dos gametas doados, da criopreservação dos embriões, das taxas de sucesso das clínicas, do tratamento, da relação com a equipe médica, da relação entre o casal, da decisão sobre o número de embriões a implantar, da gravidez ou da sua ausência, da adoção, entre outros.

Sua participação pode se dar seguinte forma: - se você mora em Brasília, poderíamos marcar uma entrevista (cerca de duas horas) em um lugar a sua escolha.

- se você mora em outra cidade ou país, eu enviarei um roteiro de questões que você pode responder ou escrever a sua estória, tocando nas questões apresentadas no roteiro.

Sua participação será anônima, isso significa que você não será identificado/a na tese.

Por favor, considere seriamente a possibilidade de participar desta pesquisa e ajudar a amadurecer a reflexão sobre a Reprodução Assistida no Brasil.

Caso você tenha interesse em participar ou tirar dúvidas sobre a pesquisa, escreva no meu *e-mail* fbittenc@yahoo.com.br ou aruma@unb.br, por obséquio, não "responda"(ou não dê um reply) nesta mensagem.

Se você não tem interesse em participar da pesquisa, saiba que você não receberá mais nenhum *e-mail* meu. É possível que você receba mais de uma mensagem se você se corresponde de diversos *e-mails* no fórum.

Se você conhece alguma ONG especificamente tratando sobre suporte a pessoas que recorrem à reprodução assistida, estou especialmente interessada.

Desde já agradeço a sua gentileza e compreensão,

Fernanda Bittencourt Vieira
Doutoranda
Departamento de Sociologia
Universidade de Brasília
Campos Universitário Darcy Ribeiro
Ala Norte
Fone(61)307 2396

POR FAVOR, RESERVE UM POUCO DO SEU TEMPO PARA RESPONDER ESTAS QUESTÕES. MUITO OBRIGADA!

ENTREVISTA

TESE REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO BRASIL E NOS ESTADOS UNIDOS

As perguntas são divididas em dois blocos:

- 1- Experiência
- 2- Opiniões

A primeira parte é praticamente um relato da sua experiência pessoal e de seu companheiro com a dificuldade de ter filhos biológicos. A segunda parte refere-se a questões consideradas polêmicas no campo da reprodução assistida e como você se coloca em relação às mesmas. Lembre-se de que as informações são sigilosas e ninguém terá acesso a elas. Vocês não serão identificados na tese. Assim, seja fiel à sua experiência e às suas opiniões pessoais. Escreva a idade, lugar de origem e profissão de você e de seu esposo no final do questionário.

1.1 – Qual o impedimento para a gravidez?

1.2 – Você ou o esposo tem ou tiveram filhos?

1.3 – Há quanto tempo tenta?

1.4 – Quando soube e como reagiu? E o seu esposo?

1.5 – Quais foram os tratamentos? Quais os custos e quais os procedimentos? Sentiu dor ou desconforto? Já buscou ou lhe foi oferecido apoio psicológico na clínica?

1.6 – Compartilhou a experiência com familiares e/ou amigos?

a. – Quais informações recebeu e pesquisou sobre o tratamento?

1.8 – Sentiu-se em algum momento lesada ou indevidamente informada sobre o tratamento e os seus resultados?

1.9 – Tem alguma religião? Como essa religião considera os tratamentos como Fiv e Icsi?

2. Opiniões

2.1 Já considerou a possibilidade de utilizar sêmen de doador? Por quê? Conhece alguém que utilizou? O que pensa sobre isso?

2.3 Já considerou a possibilidade de utilizar óvulo doado? Por quê? Conhece alguém que utilizou? O que pensa sobre isso?

2.4 Já doou óvulos? Por quê? Como sentiu a experiência? O que acha da doação compartilhada de óvulos (situação em que mulheres doam seus óvulos em troca do tratamento)?

2.5 Qual você acha que deve ser o destino dos embriões congelados? Você os doaria para outro casal, caso não tivesse intenção de engravidar novamente?

2.6 O que você pensa sobre o chamado “útero de substituição”? Você se imagina passando por essa experiência? Acha que deve ser aceito comercialmente?

2.7 O que você pensa sobre adoção. Você e seu marido já consideraram essa possibilidade? Por quê?

2.8 Até quantas tentativas de FIV/ICSI você considera razoável para as mulheres? Já pensou sobre isso? Quando é o limite?

2.9 Já pensou sobre a possibilidade de existirem efeitos desconhecidos dos medicamentos e das técnicas? O que pensa sobre isso?

3.0 Concorda que mulheres solteiras (sem companheiro ou lésbicas) devem ter acesso à reprodução assistida para terem filhos através dos bancos de esperma? Por quê?

3.1 Segundo sua opinião, é dever do Estado oferecer gratuitamente serviços de reprodução assistida para todas as pessoas que procurarem os serviços? Ou deve haver limitações quanto à idade, estado civil, nível sócio-econômico ou outros?

3.2 Você conhece o Projeto que regulamentará a reprodução assistida no Brasil? O que você sabe sobre a questão legal da reprodução assistida?

Anexo 14. Projetos de Lei para Regulação da Reprodução Assistida no Brasil e temas afins

| Proposição | Autor | Origem | Ementa |
|---|---------------------------------|--------|--|
| Projeto de Lei n.º 5624/05 | Neucimar Fraga PL - ES | CD | Cria Programa de Reprodução Assistida no Sistema Único de Saúde e dá outras providências. |
| Projeto de Lei n.º 4889/05 | Salvador Zimbaldi PTB - SP | CD | Estabelece normas e critérios para o funcionamento de Clínicas de Reprodução Humana. |
| Projeto de Lei n.º 4686/04 | José Carlos Araújo PFL - BA | CD | Introduz art. 1.597-A à Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, que institui o Código Civil, assegurando o direito ao conhecimento da origem genética do ser gerado a partir de reprodução assistida, disciplina a sucessão e o vínculo parental, nas condições que menciona. |
| Projeto de Lei n.º 2.061/03 | Maninha PT - DF | CD | Disciplina o uso de técnicas de Reprodução Humana Assistida como um dos componentes auxiliares no processo de procriação, em serviços de saúde, estabelece penalidades e dá outras providências. |
| Projeto de Lei n.º 1.184/03 | Senado Federal | CD | Dispõe sobre a Reprodução Assistida. |
| Projeto de Lei n.º 1.135/03 | Dr. Pinotti PMDB - SP | CD | Dispõe sobre a reprodução humana assistida. Definindo normas para realização de inseminação artificial, fertilização "in vitro", barriga de aluguel (gestação de substituição ou doação temporária do útero), e criopreservação de gametas e pré - embriões. |
| Projeto de Lei n.º 120/03 | Roberto Pessoa PFL - CE | CD | Dispõe sobre a investigação de paternidade de pessoas nascidas de técnicas de reprodução assistida. Permitindo à pessoa nascida de técnica de reprodução assistida saber a identidade de seu pai ou mãe biológicos. |
| Projeto de Lei n.º 4.665/01 | Lamartin e Posella PMDB - SP | CD | Dispõe sobre a autorização da fertilização humana "in vitro" para os casais comprovadamente incapazes de gerar filhos pelo processo natural de fertilização e dá outras providências. |
| Projeto de Lei n.º 90/01 (Substitutivo) | Lúcio Alcântara PSDB - CE | SF | Dispõe sobre a reprodução assistida. |

| Proposição | Autor | Origem | Ementa |
|---|------------------------------|---------------|--|
| Projeto de Lei n.º 90/99 (Substitutivo) | Lúcio Alcântara PSDB - CE | SF | Dispõe sobre a Procriação Medicamente Assistida |
| Projeto de Lei n.º 90/99 | Lúcio Alcântara PSDB - CE | SF | Dispõe sobre a reprodução assistida. |
| Projeto de Lei n.º 2.855/97 | Confúncio Moura PMDB - RO | CD | Dispõe sobre a utilização de técnicas de reprodução humana assistida e dá outras providências. |
| Projeto de Lei n.º 3.638/93 | Luiz Moreira PTB - BA | CD | Institui normas para a utilização de técnicas de reprodução assistida. |

Anexo 15. Participantes das Audiências Públicas e Seminários

Reunião de 24/09/1999 da Comissão de Constituição e Justiça destinada à instrução do Projeto de Lei do Senado nº 90, de 1999, que dispõe sobre a reprodução assistida, de autoria do Senador Lúcio Alcântara e relatoria do Senador Roberto Requião. Os convidados são os Srs. Luiz Edson, Professor de Direito Civil da Universidade Federal do Paraná, e da PUC, Paraná, da Sociedade-membro Internacional do Direito de Família e do IBDFAM, integrante do grupo de estudo de Curitiba; a Dr^a Jussara Maria Leal de Meirelles, Professora de Direito Civil da PUC, Mestre em Direito Privado pela Universidade Federal por aquele Estado, Doutorando em Direito das relações Sociais, autora da obra *Gestação por outrem e Determinação da Maternidade*; Dr. Álvaro Vilaça Azevedo, Advogado, Doutor em Direito, Professor titular de Direito Civil da Faculdade de Direito da USP e Professor titular de Direito Civil e Romano, da Faculdade de Direito da Universidade Mackenzie; Dr. Diaulas Ribeiro, Promotor de justiça da Pró-Vida, Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios; Dr. Carlos João Ferreira de Araújo, Médico Ginecologista, especialista em reprodução humana, Professor convidado em Bioética, da Universidade Nacional de Brasília, do Conselho Regional de Medicina do DF e da AMBE, autor do documento *Bioética na Reprodução Humana*; Roger Abdelmassih, Médico Urologista, especialista em reprodução humana da Sociedade Brasileira em Reprodução Humana; Dr. Sidney Glina, Médico Urologista, especialista em reprodução humana, representante do banco de sêmen do Hospital Israelita Alberto Einstein. Registra a presença do participante da CCJ Senador Hugo Napoleão, do Dr. Joaquim Roberto Lopes, 1º Secretário da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana e membro da Comissão Nacional de Reprodução Humana da Federação Brasileira da Sociedade de Ginecologia Obstétrica e do Dr. Adelino Amaral Silva, que é delegado da mesma sociedade.

Audiência 08/05/2001 Dr. Edson de Oliveira Andrade, Presidente do Conselho Federal de Medicina; Dr^a Glaci Therezinha Zancan, Presidente da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC); e a Dr^a Eliane Azevedo, Professora Titular de Bioética da Universidade Estadual de Feira de Santana, Padre José Edison da Silva, Coordenador da Pastoral Nacional da Saúde, da CNBB (ausente). Dr. Edmund Chada Bacarat, Presidente da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); Dr. Edson Borges Júnior, Presidente da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida e o Dr. Joaquim Roberto Costa Lopes, Presidente da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana.

Audiência 15/05/2001 pública com a finalidade de instrução do Projeto de Lei do Senado Federal nº 90, de 1999, que dispõe sobre a reprodução assistida, com a presença dos seguintes convidados: Dr. Gonçalo Vecina Neto, Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ausente); Dra. Silmara Juny de Abreu Chinelato e Almeida, Professora do Departamento de Direito Civil da Universidade de São Paulo e membro da Comissão Bioética, Biodireito da OAB - São Paulo. Dra. Jussara Maria Leal de Meireles, Professora de Direito Civil da PUC - Paraná; Dr. Horácio Schnyder, Presidente da Sociedade Brasileira de Genética. Dra. Débora Diniz, Diretora Executiva do Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero de uma ONG de Brasília. Dr. Rui Alberto Ferriani, Presidente da Comissão Nacional Especializada de Fertilização Assistida (ausente).

Deputado Federal De Velasco, representando a Igreja Evangélica; também está ausente. Dr. Nelson Cardoso de Almeida, Coordenador Adjunto da área de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.

Seminário o Direito e a Responsabilidade de Reproduzir 16/02/2001. Câmara dos Deputados.: Organizado e promovido pelas Deputadas Maninha, Lucia Carvalho e Anilcéia Machado. Compuseram a Mesa a Deputada Maninha; a Líder do Partido dos Trabalhadores na Casa, Deputada Lucia Carvalho; o Sr. Promotor da Promotoria de Justiça Criminal da Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde Pró-Vida, Diaulas Costa Ribeiro; a Sra. Diretora do Instituto Nacional de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, Dra. Katia Soares Braga; a Sra. Presidente do Conselho Federal de Psicologia, Dra. Ana Bock; o Sr. Chefe da Reprodução Humana do HMIB e representante da Secretaria de Saúde, Dr. Joaquim Roberto da Costa Lopes; o Sr. Coordenador do Núcleo de Estudos em Bioética da UnB e Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Bioética, Dr. Volnei Garrafa; a Sra. Elizabeth Saar, assessora parlamentar no CFÊMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria; o Sr. Coordenador do Disque Cidadania Homossexual, Caio Varela e o Dr. Pedro Pablo Magalhães, membro do Conselho Regional de Medicina.

Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas: Débora Diniz; Samantha Buglione; Arryane Queiroz; Diaulas Costa Ribeiro e Roger Raupp Rios.

Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios. Miriam Grossi; Alejandra Rotania; Marilena Corrêa; Rosana Barbosa; Naara Luna; Rosely Costa; Amanda Pinos; Martha Ramírez; Marlene Tamanini; Débora Diniz e Rozeli Porto.

Anexo 16. Questionário - Perfil Sócio-Gráfico dos usuários dos Serviços do Hospital

1. Nome: _____
2. Sexo () Fem. () Masc.
3. Idade: Fem. () Masc.()
4. Origem/local de nascimento: Masc:_____ Fem:_____
5. Cor: Mas:_____ Fem:_____
6. Local de Moradia: _____
7. Religião: Masc:_____ Fem:_____
8. Estado Civil: _____
9. Tempo de união: _____
10. Quantas uniões/casamentos: _____ 11. Nº de filho(s) de cada um: Esposo ()
Esposa ()
11. Escolaridade: Mulher _____ Homem _____
12. Trabalho: Mulher:_____ Homem:_____
13. Salário Mulher:_____ Salário Homem:_____
14. Renda Familiar (em SM): _____

No Caso de Pacientes Esterilizados (laqueadura ou vasectomia)

1. Idade da Esterilização: _____
2. No caso de mulheres,
Partos: () Normal
() Cesárea
1. No caso da cesárea, por que foi feita a cesárea? _____
2. Quanto tempo após o parto ou aborto? _____
3. Local de realização : () Hospital Público
() Hospital Privado
4. Foi orientada(o) sobre outros métodos contraceptivos antes da esterelização?

5. Como foi decidida a esterelização? Finalmente, quem decidiu?

6. Por que o desejo de ter filhos novamente?

7. Percebeu mudanças no desejo sexual?

11. Escolaridade na Época: _____
12. Salário na Época: _____
13. Profissão na Época: _____
14. Religião na Época: _____
15. Procedimentos realizados para reversão e evolução?

Para Profissionais

1. Quais os casos mais comuns? (Quem procura e por que, só casais, pessoas solteiras, etc)
2. Quais os procedimentos usuais?
3. Quais as restrições?
4. Há contra-indicações dos tratamentos?
5. Quais os casos mais polêmicos experienciados no consultório (útero de substituição, gravidez gemelar, gametas doados)?
6. Na sua opinião o que leva homens e mulheres a procurar e insistir no tratamento? E qual deve ser o limite, depois de quantas tentativas recomenda-se desistir?
7. Questões sobre o acompanhamento psicológico.
8. Qual a taxa de sucesso do procedimento FIV/ICSI?

Anexo 17. Consultas Conselho de Medicina

CRM-DF 2006 37

Gestação de substituição

Consulta n.º 0023/03

Médico relata ter sido procurado por casal, ele com 44 anos e ela com 42 anos, interessado em ter um filho geneticamente em comum. A cónjuge foi submetida a histerectomia, por endometriose e miomatose. Acredita o médico serem as possibilidades de sucesso de fertilização diminuídas, pois, após os 40 anos, sofrem os óvulos declínio de qualidade e quantidade. Permaneceram os ovários que, após estudo específico, mostraram função ovariana inalterada. Declara o médico conhecer a Resolução CFM n.º 1.358/92 que, em seu artigo 13, admite a gestação de substituição, desde que exista problema médico que impossibilite ou contra-indique a gestação na doadora genética. No parágrafo 10 do mesmo artigo fica explicitado que a doadora temporária do útero na gestação de substituição deve pertencer à família da doadora, até o 2.º grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina. O casal interessado na gestação de substituição apresentou ao médico candidata a doadora temporária do útero, sem grau de parentesco com a doadora genética. Informa a referida senhora não estar recebendo nenhuma remuneração, submetendo-se à gestação de substituição por motivo estritamente altruístico. Parecer

Tramitam no Congresso Nacional projetos de leis regulamentando a reprodução assistida. Até o momento, só normatiza o tema a Resolução n.º 1.358/92, do Conselho Federal de Medicina, que determina que a doadora temporária do útero tenha grau de parentesco até o 2.º grau com a doadora genética. Não foram declaradas justificativas que permitam a este Conselho tratar o caso como excepcional e autorizar a gestação de substituição, com doadora temporária do útero que não se enquadra nas exigências da resolução.

Brasília, 10 de julho de 2003.

CONSELHEIRO PEDRO PABLO MAGALHÃES CHACEL

XXXXXXXXXXXXX, ____ de _____ de _____.

CRM SP

Consulta nº 126.750/05

Assunto: Autorização para a transferência de embriões para uma terceira pessoa/receptora.

Relator: Conselheiro Reinaldo Ayer de Oliveira.

A presente Consulta trata da obtenção de autorização para transferência de embriões, conforme documentação enviada pelo Dr. A.I.J. ao CREMESP:

Segundo documentos protocolados em 20.12.2005, no CREMESP, o Sr. M.C.A. e sua esposa M.L.S.A. solicitam a autorização para a transferência de embriões para uma terceira pessoa/receptora identificada como M.J.M.S.

Neste sentido, informa:

"1) O ora representante, na qualidade de médico ginecologista/obstetra, atende o casal supra mencionado (M.C.A. e M.L.S.A.) nas tentativas que o mesmo realiza para gerarem um filho natural seu.

2) Ocorre que embora casados há 7 (sete) anos, esta gestação ainda não se concretizou, uma vez que a Sra. M.L.S.A. é portadora de incompetência de Istmo Cervical, alteração que impede a manutenção da gestação até o término.

3) Em consequência desta doença, a Sra. M.L.S.A. teve interrompida suas quatro gravidezes, sendo que na primeira, seu problema clínico fez com que a criança nascesse com prematuridade extrema, vindo a falecer três horas após, conforme atesta a certidão de óbito da criança G.S.A., no dia 04.01.99.

4) A segunda gravidez foi interrompida na sua décima oitava semana em 28 de dezembro de 1999, haja vista a necessidade de proceder à curetagem uterina, uma vez que o útero estava muito grande e amolecido, procedimento este realizado pelo Dr. J.B.S.

5) Na terceira gravidez, a criança do casal em tela teve duração de vida um pouco maior(14 dias), mas em decorrência da doença, teve por causa mortis falência de múltipla órgãos, conforme certidão de óbito de L.R.S.A., no dia 03.02.2002.

6) Na quarta gestação, quando estava com cinco meses de gravidez, a Sra. M.L.S., "no dia 16.06.2005, no Hospital P.M.P., foi internada por quadro de abortamento tardio e quadro séptico", conforme relatório médico da citada maternidade, assinada pela Dra. R.M.

7) Devido às consequências graves deste aborto, no dia 27.06.05, no mesmo hospital acima, a Sra. M.L.S. "foi submetida à laparotomia exploradora, por quadro de abdome agudo hemorrágico no 10º PO de histerectomia por endometriose. Na laparotomia foi observada a presença de aproximadamente 3 litros de sangue dentro da cavidade, porém sem que tenha sido localizado ponto hemorrágico, ficando com diagnóstico de

sangramento por alteração da coagulação sanguínea. A paciente estava em estado geral grave de choque hemorrágico", conforme atestam o relatório assinado pela mesma médica acima descrita.

8) E decorrência do acima exposto, a paciente Sra. M.L.S. não pôde mais recepcionar embriões em seu útero, portanto, não tem mais nenhuma condição de conduzir uma gestação. É de bom alvitre salientar que a paciente possui mais de 40 (quarenta) anos, assim, sabemos que produz cada vez menos óvulos.

9) Todavia, o casal ainda mantém inabalável a aspiração de constituir sua prole com os elementos genéticos do casal, em consonância com desejo natural dos seres humanos.

10) Ressalta-se que o avanço médico permite a fecundação in vitro e a gestação do respectivo embrião originado de material genético exclusivamente do casal que deseja se reproduzir em uma terceira pessoa.

11) Considerando que esta terceira pessoa, no caso a Sra. M.J.M.S., cederá, gratuitamente, apenas o espaço físico do seu útero e os alimentos necessários ao desenvolvimento do feto em questão, e tendo se manifestado consciente de que partiu exclusivamente do casal o desejo de ter a criança e o respectivo material genético, portanto não terá nenhum vínculo genético ou moral com este nascimento, têm-se que a gestação do óvulo fecundado do casal no ventre da receptora mostra-se o recurso disponível mais seguro e adequado ao caso.

12) Importante salientar ainda que a Sra. M.L.S.A. não possui nenhum parente consanguíneo (irmã, mãe) que pudesse ceder seu útero para a transferência e gestação dos embriões, tampouco seu marido.

13) A receptora Sra. M.J.M.S., por seu turno, com 30 anos de idade, saudável, dois filhos vivos e saudáveis e sem nenhuma pretensão de ter aumentada a sua prole, mostrou-se sensibilizada com o drama vivido pela Sra. M.L.S.A., a quem vem acompanhando desde a primeira gestação infeliz, oferecendo-se para tão nobre função apenas pela recompensa de ver concretizado o sonho natalino do casal em epígrafe.

14) Reitera-se que a receptora M.J.M.S. consentiu com a transferência máxima do número de embriões permitidos, esclarecida: a) que doará temporariamente o útero; b) dos aspectos bio-psico-sociais envolvidos no ciclo gravídico-puerperal; c) dos riscos inerentes da maternidade; d) da impossibilidade de interrupção da gravidez após iniciado o processo gestacional, mesmo que diante de uma anomalia genética, salvo raras exceções autorizadas judicialmente.

15) O casal em questão, por sua vez, oferece à receptora garantia de tratamento e acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares se necessário até o puerpério, bem como adotará as medidas judiciais para o competente registro da criança, tendo as partes elaborado documento escrito estabelecendo claramente os direitos e deveres das partes envolvidas.

17) Posto isto solicita deste E. Conselho Regional a autorização para transferência dos embriões do casal M.C.A. e M.L.S.A. para a receptora M.J.M.S., que firmam a presente, nos termos da Resolução 1.358/92, inciso VII, do E. Conselho Federal de Medicina (Gestação de Substituição)."

PARECER

Diante da documentação apresentada e considerando que nenhum impedimento ético e legal surgiu posteriormente ao Parecer Consulta nº 43.765/01, do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, que interpreta de maneira correta a Resolução 1.358/92, do Conselho Federal de Medicina, o CREMESP autoriza a realização do procedimento, ressaltando a necessidade imprescindível de proceder de acordo com o recomendável no Parecer Consulta nº 43.765/01, que segue:

"1. Proibição compulsória do "útero de aluguel" ou qualquer forma de remuneração ou compensação financeira da mãe gestacional.

2. Consentimento esclarecido à mãe que doará temporariamente o útero dos aspectos bio-psico-sociais envolvidos no ciclo gravídico-puerperal, e dos riscos inerentes da maternidade.

3. Esclarecimento da impossibilidade de interrupção da gravidez após iniciado o processo gestacional, mesmo que diante de uma anomalia genética, salvo raras exceções autorizadas judicialmente.

4. Garantia de tratamento e acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares se necessário, à mãe que doará temporariamente o útero até o puerpério.

5. Garantia de registro da criança pelos pais genéticos, devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez, além de "contrato" entre as partes estabelecendo claramente esta situação.

6. Recomenda-se que a receptora M.J.M.S. faça um acompanhamento psicológico, se necessário.

Em conclusão, fica atendido o solicitado pelo Dr. A.I.J., diante da documentação já apresentada.

Dada a excepcionalidade desta Consulta, solicitamos ao Dr. A.I.J. que nos envie relatório de como o procedimento se deu e como evoluiu a cessão temporária de útero de doadora não pertencente à família da doadora genética.

Este é o nosso parecer, s.m.j.

Conselheiro Reinaldo Ayer de Oliveira

APROVADO NA 3.463ª REUNIÃO PLENÁRIA, REALIZADA EM 04.04.2006.

Consulta nº 70.222/01

Assunto: Paciente receber óvulos doados pela irmã, gêmea univitelínea, já que não tem filhos e teve os ovários retirados cirurgicamente devido a comprometimento patológico dos mesmos.

Relator: Conselheiro Isac Jorge Filho.

Ementa: a Câmara Técnica de Bioética entende que trata-se de uma situação especial, que deve merecer modificação na Resolução do Conselho Federal de Medicina, mas enquanto isso não ocorre, não pode afrontar a Resolução CFM 1.358/92, não podendo, portanto, dar uma resposta positiva à pergunta da consulente, mesmo entendendo que, sob aspecto bioético, a doação poderia ser feita.

A consulente, Sra. N.M.M., solicita parecer do CREMESP se pode receber óvulos doados pela irmã, gêmea univitelínea, já que não tem filhos e teve os ovários retirados cirurgicamente devido a comprometimento patológico dos mesmos.

PARECER

A Câmara Técnica de Bioética, chamada a opinar, entendeu estar diante de um impasse ético-legal. Sob aspectos humanísticos e de autonomia (tanto da doadora quanto da receptora) a doação poderia ser feita, especialmente levando-se em conta tratar-se de gêmeas univitelínicas. Em contrapartida, o item 2 do inciso IV da Resolução CFM nº 1.358, de 11.11.1992, que adota "Normas Éticas para a Utilização das Técnicas de Reprodução Assistida" diz, claramente, quanto a "Doação de Gametas ou Pré-Embriões": "os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa". Assim, a Câmara Técnica de Bioética entende que trata-se de uma situação especial, que deve merecer modificação na Resolução do Conselho Federal de Medicina, mas enquanto isso não ocorre, não pode afrontar a Resolução CFM 1.358/92, não podendo, portanto, dar uma resposta positiva à pergunta da consulente, mesmo entendendo que, sob aspecto bioético, a doação poderia ser feita.

Este é o nosso parecer, s.m.j.

Conselheiro Isac Jorge Filho

APROVADO NA 2.970ª REUNIÃO PLENÁRIA, REALIZADA EM 27.06.2003.
HOMOLOGADO NA 2.973ª REUNIÃO PLENÁRIA, REALIZADA EM 01.07.2003.

Consulta nº 43.765/01

Assunto: Transferência de embriões de um determinado casal para uma terceira pessoa sem vínculo familiar.

Relator: Conselheiro Cristiano Fernando Rosas.

Ementa: A cessão temporária de útero de doadora não pertencente à família da doadora genética, deve ser previamente autorizada pelo CRM não podendo haver caráter de transação comercial ou lucrativa.

O presente parecer consulta inicia-se por representação do Dr. R.B. solicitando autorização para transferência de embriões de casal M.S.L.A. de 38 anos e N.F. de 45 anos para uma 3ª pessoa, sem vínculo familiar, 2º casamento de ambas, sem filhos em comum. Relata ainda o consulente que a paciente doadora genética, é hysterectomizada há 3 anos e com desejo de ter filhos, sendo que não possuem nenhum parente próximo para a realização de técnicas de reprodução assistida com a doação temporária de útero.

PARECER

O presente parecer deve ser analisado inicialmente sob dois aspectos: o jurídico e o ético.

Do ponto de vista jurídico, verificamos não existir até o presente momento legislação disciplinadora do assunto, havendo entretanto, a nível do Congresso Nacional, Projeto de Lei em análise, que estabelecerá normas para o uso das técnicas de Reprodução Assistida. Embora ainda sem legislação regulamentadora, o avanço científico proporcionou a possibilidade de procriação a casais estéreis, antes impossibilitados pelas técnicas tradicionais, sendo a reprodução assistida, procedimento médico lícito, desde que respeitados aspectos técnicos e éticos.

Outrossim, as técnicas de Reprodução Assistida (R.A.) como qualquer ato médico deve seguir a vertente ética e ser direcionada pelos princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia. Certamente estes princípios bioéticos, serviram de pilares na decisão que estabeleceu a Resolução CFM 1358/92, aliás, única norma técnica disciplinadora existente sobre o assunto.

Assim sendo, como qualquer outro procedimento de R.A., este deve seguir os princípios gerais da norma ética para utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas da referida resolução, ou seja, haver efetiva probabilidade de sucesso da técnica e que não se incorra em risco grave de saúde para as pacientes ou descendente, além do consentimento esclarecido através de formulário especial após ampla informação ao casal estéril e doadora quanto as possibilidades, riscos e prognóstico da técnica proposta.

Entendendo superados estes passos iniciais, analisaremos a gestação de substituição ou doação temporária do útero. Este aspecto inscrito no inciso VII da referida norma do CFM estabelece:

1. "As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, com parentesco até o segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.

2. A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial." Assim sendo, não havendo nenhum grau de parentesco entre a doadora genética e a doadora temporária do útero, deve o procedimento ser previamente autorizado por este Conselho Regional de Medicina. Entendemos não ser a norma imperativa e que dê obrigatoriedade de que este procedimento médico, com amplas possibilidades de sucesso se limite apenas nas circunstâncias em que as trocas se estabeleçam entre irmãs. Não há argumentação técnica que sustente e justifique esta condição de parentesco como obrigatória para o procedimento. Certamente, esta limitação fere o princípio da justiça ou equidade de acesso a esta técnica à todas as mulheres.

Seguindo este pensamento, estas duas mulheres não seriam respeitadas em sua autonomia e sequer se lhes daria a oportunidade do benefício da técnica.

O principal aspecto ético a ser considerado na gestação de substituição é que esta não poderá ter caráter lucrativo ou comercial, sendo vedada qualquer modalidade remunerada conhecida como "útero ou barriga de aluguel".

Outro aspecto a ser esclarecido à paciente doadora genética e desejosa de ter filhos são as conseqüências para o estado de filiação da criança, não havendo em nosso país jurisprudência sobre o assunto: "A criança com duas mães" - sendo uma mãe genética (que doou seu óvulo para a obtenção do embrião *in vitro*) e uma mãe gestacional (que recebeu o embrião em seu útero e deu à luz a criança). Deve-se portanto, se firmar claramente um "contrato", estabelecendo a questão da filiação nesta condição em particular, visto que esta questão é inexistente quando na reprodução por meios naturais.

Nestes termos, somos favoráveis à autorização pedida, solicitando que o Dr. R.B. deva seguir as recomendações elencadas a seguir, devendo elas serem enviadas por escrito pelas doadoras genética e de útero e encaminhadas à este Regional, lembrando ser esta uma discussão ética e que não encontra jurisprudência na norma jurídica nacional.

As recomendações elencadas a seguir são baseadas em alguns pareceres de outros regionais sobre a questão:

1. Proibição compulsória do "útero de aluguel" ou qualquer forma de remuneração ou compensação financeira da mãe gestacional.

2. Consentimento esclarecido à mãe que doará temporariamente o útero dos aspectos e bio-psico-sociais envolvidos no ciclo gravídico-puerperal, e dos riscos inerentes da maternidade.

3. Esclarecimento da impossibilidade de interrupção da gravidez após iniciado o processo gestacional, mesmo que diante de uma anomalia genética, salvo raras exceções autorizadas judicialmente.
4. Garantia de tratamento e acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares se necessário, à mãe que doará temporariamente o útero até o puerpério.
5. Garantia de registro da criança pelos pais genéticos, devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez, além de "contrato" entre as partes estabelecendo claramente esta situação.
6. Encaminhamento desta documentação assinada pelas partes envolvidas, casal e doadora temporária do útero à este Regional.

Este é o nosso parecer, s.m.j.

Conselheiro Cristiano Fernando Rosas

APROVADO NA 2.663ª REUNIÃO PLENÁRIA, REALIZADA EM 31.08.2001.
HOMOLOGADO NA 2.666ª REUNIÃO PLENÁRIA, REALIZADA EM 04.09.2001.

Consulta nº 20.631/98

Assunto: Consentimento informado do programa de reprodução assistida: inseminação artificial, fertilização "in vitro" e outros

Relator: Conselheiro Hézio Jadir Fernandes Júnior

A Dra. C.I.S.R., Presidente da Comissão de Ética Médica de Hospital, encaminha para apreciação deste Regional modelo de consentimento informando ao Programa de Reprodução Assistida do Hospital e da Disciplina de Ginecologia do CCMB-PUCSP.

De tal consentimento transcrevo:

"Nos, abaixo assinados e qualificados, legalmente casados e em diante denominados contrantes, nos colocamos aos cuidados do Serviço de Reprodução Assistida do Conjunto Hospitalar, no sentido de obter uma gestação. Por este motivo nos submetemos aos exames clínicos e de laboratório, tratamentos ambulatoriais e hospitalares, procedimentos clínicos e cirúrgicos, de acordo com as necessidades a serem constatadas pelo Serviço de Reprodução Assistida. Este, através de seus responsáveis, determinará os locais em que se processarão os tratamento e quais os profissionais que atenderão aos contratantes. Quando houver necessidade de usar anestesia, estamos informados dos riscos que ela proporciona.

Fomos informados que o uso de medicamentos para se produzir superovulação pode excepcionalmente ocasionar síndrome de hiperestímulo do ovário, que esse risco varia de 0,5 a 1% e que este quadro pode ser leve, moderado ou acentuado. Nestes casos, pelo risco envolvido, poderá ser necessário internação hospitalar para tratamento adequado.

O serviço de Reprodução Assistida do Conjunto Hospitalar de Sorocaba não será responsabilizado por ocorrências que são ocasionadas pelos riscos inerentes ao tratamento, como gestação múltipla, extra-uterina ou complicações decorrentes da gravidez. A contratada não terá responsabilidade quanto às características físicas ou mentais das crianças nascidas graças à qualquer técnica de reprodução assistida que vier a ser empregada, pois estamos informados que existe um risco de malformação e que este é o mesmo que ocorre no processo reprodutivo da população em geral.

Fica estabelecido que o Serviço não se responsabiliza pelo não êxito do tratamento aplicado aos contratantes, não havendo garantias de que a paciente ficará grávida após o tratamento proposto já que inúmeras causas podem impedir esta gestação, como insucesso da estimulação ovariana, ausência de óvulos nos folículos puncionados, falha de fertilização dos óvulos no laboratório, entre outras.

No caso do processo de reprodução assistida ocasionar pré-embriões excedentes, este serão congelados e o casal se obriga a definir o seu destino no espaço máximo de 3 anos. A doação de pré-embriões ou de óvulos excedentes só será possível com o consentimento do casal em outro documento que não este."

A Resolução CFM 1358/92 em seu artigo 1º adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida.

1- As técnicas de Reprodução Assistida (RA) têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana, facilitando o processo de procriação quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes para a solução da situação atual de infertilidade.

2- As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade efetiva de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para a paciente ou o possível descendente.

3- O consentimento informado será obrigatório e extensivo aos pacientes inférteis e doadores. Os aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, assim como os resultados já obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de consentimento informado será em formulário especial, e estará completo com a concordância por escrito, da paciente ou do casal infértil.

4- As técnicas de RA não devem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças ligadas ao sexo do filho que venha a nascer.

5- É proibida a fecundação de oócitos humanos, com qualquer outra finalidade que não seja a procriação humana.

6- O número ideal de oócitos e pré-embriões a serem transferidos para a receptora não deve ser superior a quatro, com o intuito de não aumentar os riscos já existentes de multiparidade.

7- Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária.

Se observamos atentamente tais normas técnicas e o consentimento informado ora analisado, veremos dois pontos discordantes, a saber:

A- No consentimento fica claro, logo na primeira linha a necessidade de estar legalmente casado. Nas normas técnicas, segundo o capítulo II, artigo 2 - "O usuário das técnicas RA, estando casado ou em união estável, será necessária a aprovação do cônjuge ou do companheiro, após processo semelhante de consentimento informado". Por a necessidade de casamento deverá ser substituída por casado e/ou em união estável.

B- No último parágrafo do consentimento é colocado à família uma árdua tarefa; a de decidir o destino de "pré-embriões congelados excedentes em um prazo máximo de 03 anos. Tal afirmação fere o capítulo V, item 02 que diz claramente que "o número total de pré-embriões produzidos em laboratório será comunicado aos pacientes, para que se decida

quantos pré-embriões serão transferidos a fresco, devendo o excedente ser criopreservado, não podendo ser descartado ou destruído."

Assim, fica claro a necessidade de tais correções no consentimento informado; assim como me preocupa o fato de que tal contrato não seja, de uma maneira pormenorizada, explicada ao casal de uma forma simples e destituída de termos técnicos.

Este é o nosso parecer, s.m.j.

Conselheiro Hézio Jadir Fernandes Júnior

Aprovado na 2.210^a reunião plenária, realizada em 22.01.99
Homologado na 2.213^a reunião plenária, realizada em 26.01.99.

Consulta nº 58.437/02

Assunto: Doação Temporária de Útero.

Relator: Dra. Adriana T. M. Brisolla Pezzotti – Advogada

Subscrito pelo Conselheiro José Cassio de Moraes

Ementa: A doação temporária de útero é possível, desde que preenchidos os requisitos estabelecidos na Resolução CFM 1358/92.

A consulente relata que, casada há 14 (quatorze) anos nunca conseguiu engravidar, tendo se submetido a diversos tratamentos, sem sucesso.

Como última tentativa, pretende transferir 3 (três) embriões que estão congelados num Centro de Reprodução Humana para o útero de uma amiga.

Para tanto, solicita autorização do CREMESP para concretizar a referida transferência de embriões.

Anexa vasta documentação, incluindo os exames a que se submeteu, além de declaração das irmãs que não se sentem emocionalmente e fisicamente em condições de receber em seu útero os embriões. Anexa, ainda, declaração manifestando concordância de seu esposo, bem como da receptora dos embriões e seu esposo.

PARECER

Primeiramente, de se esclarecer que a Resolução CFM n.º 1.358 de 11 de novembro de 1992 adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Em seu item VII, dispõe sobre a gestação de substituição doação temporária de útero, esclarecendo que as clínicas, centros ou serviços de reprodução humana podem usar técnicas de Reprodução Assistida para criar a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contra-indique a gestação na doadora genética.

As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.

Adverte que a doação temporária do útero não pode ter caráter lucrativo ou comercial. No caso vertente, a receptora não pertence à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau. Como é amiga da doadora genética, vem requerer autorização do Conselho Regional de Medicina.

Analisando-se o aspecto ético da questão, a gestação de substituição não pode ter caráter lucrativo ou comercial. Pelo que se infere das declarações anexas, ela terá um caráter gratuito, portanto, neste aspecto, enquadrada aos requisitos exigidos pela Resolução CFM 1.358/92.

Como a doadora genética tem duas irmãs, portanto, parentes em segundo grau, que não

concordam em receber os embriões, recomendável buscar no Judiciário a melhor solução. Finalmente, de se ressaltar que por inexistir mansa e pacífica jurisprudência a respeito, deverá ainda ser decidido pelo Judiciário quanto ao direito à maternidade, se a questão surgir futuramente entre a doadora e a receptora.

É o parecer, s. m. j.

São Paulo, 11 de junho de 2002

Dra. Adriana T. M. Brisolla Pezzotti

Advogada

PARECER SUBSCRITO PELO CONSELHEIRO JOSÉ CÁSSIO DE MORAES
APROVADO NA 2.788ª REUNIÃO PLENÁRIA, REALIZADA EM 11/06/2002.

Consulta nº 23.436/96

Assunto: Impedimento legal ou ético para que seja realizada inseminação artificial em mulher civilmente capaz, mas "solteira", tendo esta que recorrer ao "banco de esperma"

Relator: Conselheiro Marco Segre

A Dra. L.H.G. solicita parecer do CREMESP se existe algum impedimento, legal ou ético, para que seja realizada inseminação artificial em mulher civilmente capaz, mas “solteira”, tendo esta que recorrer ao “banco de esperma”.

Parecer:

Respondendo à sua questão quanto à existência (ou não) de impedimento legal ou ético “para que seja realizada a inseminação artificial em mulher civilmente capaz, mas solteira, tendo esta que recorrer a um banco de esperma”, honra-me poder informa-lhe que não.

Nossa legislação desde a Constituição do Brasil, até a resolução mais recente do CFM sobre Reprodução Assistida (Resolução CFM nº 1.358/92), não estabelece impedimentos para essa situação. Apenas a visão mais conservadora de certos políticos e mesmo profissionais da saúde tende a rejeitar essa prática, sob alegação de que haveria violação do princípio da família, ou de que, nessas situações, melhor caberia a adoção de crianças “sem pais”.

Essas razões, alegadas, afrontam, em meu entendimento, o respeito ao princípio da autonomia, em função da qual não há porque a sociedade restringir o que não lhe será prejudicial.

Aprovada na 1.965ª RP em 28/06/97.

Homologada na 1.966ª RP em 01/07/97

Anexo 18. Termo de Consentimento

UNIVERSIDADE FEDERAL XXXXXXXX

HOSPITAL DAS CLÍNICAS / FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

LABORATÓRIO DE REPRODUÇÃO HUMANA

Eu.....e meu marido..... nos submetemos livremente a participar de procedimentos que visam a obtenção de uma gestação como parte integrante do tratamento de esterilidade conjugal. Fomos informados dos diversos aspectos médicos, éticos e jurídicos que envolvem os diferentes tratamentos, assim como os resultados já obtidos nessa unidade de tratamento. Como participantes do Programa de Fertilização Assistida do XXXXXXXXXXXX damos livre e voluntariamente nosso consentimento e autorização ao Setor de Reprodução Humana, seus diretores, médicos e assistentes a realizarem os seguintes procedimentos assinalados.

INSEMINAÇÃO INTRA-ÚTERO

Sim Não

Para a realização de inseminação intra-útero (IUI) autorizamos a indução da ovulação e preparo do sêmen do meu marido (capacitação) como posterior inseminação intra-útero . Para a realização desse procedimento entendo que deverei utilizar de drogas que podem ter efeitos colaterais, os quais me foram esclarecidos. Isento a equipe de qualquer responsabilidade das complicações ou efeitos colaterais que venham a ocorrer. Estamos cientes que em algumas situações poderá haver a necessidade de se realizar mais de uma inseminação intra-útero em um mesmo ciclo.

Estou ciente também que deverei comparecer a esse hospital diversas vezes para a realização de ultra-sonografia vaginal com finalidade de se acompanhar a resposta clínica a esses medicamentos. Caso tenha a intenção de interromper o tratamento poderei fazê-lo em qualquer momento do tratamento, sem prejuízos posteriores.

Em algumas situações pode ocorrer excessiva resposta aos medicamentos utilizados e nesses casos o tratamento pode ser interrompido ou ser mudado para outro procedimento como a fertilização *in vitro* (FIV). Seremos informados dessa situação e poderemos realizar a opção de continuarmos o tratamento com a FIV ou interromper a inseminação intra-útero sem prejuízo para futuras inseminações.

FERTILIZAÇÃO *IN VITRO*

Sim Não

Para a realização de fertilização *in vitro* (FIV) autorizamos a indução da ovulação e captação de oócitos bem como a fertilização destes no laboratório de reprodução assistida, com posterior transferência de até 4 embriões se o conjugue do sexo feminino tiver mais de 37 anos e 3 embriões se tiver menos.

Para a realização desse procedimento entendo que deverei utilizar drogas indutoras da ovulação que podem ter efeitos colaterais, os quais me foram esclarecidos. Isento a equipe de qualquer responsabilidade das complicações ou efeitos colaterais que venham a ocorrer.

Estou ciente também que deverei comparecer a esse hospital diversas vezes para a realização de ultra-sonografia vaginal com finalidade de se acompanhar a resposta clínica a esses medicamentos. Caso tenha a intenção de interromper o tratamento poderei fazê-lo em qualquer momento do tratamento, sem prejuízos posteriores.

FERTILIZAÇÃO *IN VITRO* E MICROMANIPULAÇÃO DE GAMETAS (ICSI)

Sim

Não

Para os casos de falha na fertilização *in vitro* convencional, espermograma gravemente alterado ou ainda nos casos em que a equipe médica julgar necessário, autorizamos a realização de injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). Trata-se de uma técnica onde é realizada a injeção de um único sptz no interior de um óvulo. Estamos cientes que em nosso caso essa é a melhor opção para a obtenção de uma gravidez. trata-se de uma técnica nova que apresentou, até o momento, bons resultados. Não existem até o momento dados conclusivos sobre as probabilidades de mal-formações fetais e estamos cientes do risco oferecidos pelo procedimento.

FERTILIZAÇÃO *IN VITRO* E CONGELAMENTO DE EMBRIÕES

Sim

Não

Aos embriões excedentes autorizamos o congelamento para posterior transferência em ciclos subseqüentes, caso não haja gravidez na primeira tentativa. Entendemos que podem existir despesas adicionais caso seja necessário este procedimento. Existem diversos métodos que podem ser utilizados para o congelamento dos embriões e aceitamos aquele que nos foi proposto. Se houver gravidez e ainda houver embriões remanescentes congelados, autorizamos a guarda dos mesmos por um período máximo de cinco anos. Após esse período, caso não desejemos a transferência dos embriões congelados, existe a possibilidade de doação anônima para outro casal que deseje gravidez. Em caso de falecimento de um dos cônjuges ou de ambos, de divórcio ou doenças graves em um ou ambos os cônjuges, autorizamos a possibilidade de doação dos embriões congelados.

Assim sendo, após cinco anos de congelamento ou em caso de ocorrência de uma das circunstâncias acima, autorizo a equipe médica a realizar a doação anonimamente dos embriões restantes. Sim Não

FERTILIZAÇÃO *IN VITRO* E DOAÇÃO DE OÓCITOS.

Sim

Não

Autorizamos a doação dos oócitos excedentes (≥ 10 oócitos), obtidos a partir das técnicas de Fertilização Assistida, voluntariamente e anonimamente a um casal infértil.

Estamos cientes que as crianças nascidas a partir da doação de oócitos são moral e legalmente de seus prospectivos pais, não havendo a partir de então qualquer interesse

quanto à notificação dos resultados de fertilização e gravidez obtidos com oócitos doados. Nós jamais esperamos quaisquer direitos legais sobre estas crianças.

Foi-nos esclarecido que todos os procedimentos envolvendo a doação de oócitos envolvem passos éticos que já foram determinados pelo Conselho Federal de Medicina, o qual estabelece em sua resolução no 1.358/92, de dezembro de 1992, que no tocante à doação de embriões e pré-embriões:

1-A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial.

2-Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.

3-Obrigatoriamente sendo mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e pré-embriões, assim como dos receptores. Em situações especiais, as informações sobre os doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, se resguardarmos a civil do doador.

4-As clínicas, centros ou serviços que empregam a doação de oócitos devem manter um registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores.

5-Na região de localização da unidade, o registro das gestações evitará que um doador tenha produzido mais do que duas gestações, de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes.

6-A escolha de doadores é de responsabilidade da unidade e, dentro do possível deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.

7-Não será permitido ao(s) médico(s) responsável(is) pelas clínicas, unidades ou serviços, participar(em) como doadores nos programas de Reprodução Assistida.

◆ Nós comprovamos que toda informação proveniente destes profissionais é verdadeira correta e completa.

◆ Nós entendemos que em todo tratamento médico, bem como a Reprodução Assistida existem riscos e efeitos colaterais aos quais estamos expostos, tendo sido esclarecido todas as dúvidas em relação ao procedimento.

◆ Compreendemos que as instruções fornecidas pelos profissionais do programa é requisito fundamental para a continuidade do mesmo, bem como seus futuros resultados.

◆ É do nosso conhecimento que o tratamento proposto deverá ser suspenso à critério médico e que também poderemos nos recusar a continuar o tratamento, sem nos isentarmos custos ou responsabilidades já assumidas.

◆ Fomos claramente informados das causas da dificuldade em se obter uma gestação e dos métodos alternativos para o tratamento e entendemos que o método por nós aceito foi de forma voluntária e livre. Entendemos que alguns dos procedimentos envolvem risco de dor, apesar dos métodos analgésicos utilizados, assim como autorizo a realização de qualquer procedimento anestésico que a equipe julgar necessário. Autorizamos a realização desses procedimentos pelo tempo que a equipe médica achar necessária.

◆ Entendemos que nenhum dos procedimentos autorizados apresentam comprovadamente aumento nos riscos de malformações fetais, abortamentos ou patologias maternas em caso

de gravidez. Eximimos a equipe médica de qualquer responsabilidade em eventuais ocorrências dessas complicações.

◆ Entendemos também que haverá a necessidade de uma estimulação ovariana com drogas que propiciarão a um maior número de óvulos. Apesar do controle médico realizado, existe um risco mínimo (menos que 5%) de haver complicações de hiperestimulação. Eximimos a equipe médica de qualquer responsabilidade no tocante a essa possibilidade, bem como nos efeitos colaterais que por ventura ocorram. Também como consequência da estimulação ovariana poderão ocorrer gestações múltiplas, sendo que estamos cientes desses riscos e isentamos a equipe de qualquer responsabilidade.

Todas as questões eventualmente oriundas do presente contrato serão resolvidas de forma definitiva via conciliatória ou arbitral na XXXXXx consoante os preceitos ditados pela Lei nº 9.307 de 23 e setembro de 1996.

Tendo lido com atenção e compreendido todas as informações contidas nas cinco páginas deste documento, recebido informações adicionais e esclarecimentos, concordamos espontaneamente em participar do Programa de Fertilização Assistida.

Não havendo dúvidas, datamos e abaixo assinamos:

Casal: Sr.: _____

Sra.: _____

Testemunhas: _____

Anexo 19. Lei 9.263



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996.

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o **caput** para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no **caput**, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e

recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º - É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o **caput** só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#))

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#)

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#)

CAPÍTULO II DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#)

Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único - A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I - durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei.

II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III - através de histerectomia e ooforectomia;

IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V - através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.

Art. 16. Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 17. Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena - reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único - Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na [Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956](#).

Art. 18. Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena - reclusão, de um a dois anos, e multa.

Art. 19. Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no **caput** e nos §§ 1º e 2º do art. 29 do [Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940](#) - Código Penal.

Art. 20. As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:

I - se particular a instituição:

a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II - se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Art. 21. Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei, observados, nesse caso, o disposto nos arts. 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil, combinados com o art. 63 do Código de Processo Penal.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no [Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940](#) - Código Penal, e, em especial, nos seus arts. 29, **caput**, e §§ 1º e 2º; 43, **caput** e incisos I, II e III ; 44, **caput** e incisos I e II e III e parágrafo único; 45, **caput** e incisos I e II; 46, **caput** e parágrafo único; 47, **caput** e incisos I, II e III; 48, **caput** e parágrafo único; 49, **caput** e §§ 1º e 2º; 50, **caput**, § 1º e alíneas e § 2º; 51, **caput** e §§ 1º e 2º; 52; 56; 129, **caput** e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º.

Art. 23. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 12 de janeiro de 1996;
175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Adib Jatene

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 15.1.1996